

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

N°

THÈSE

349

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean TRILLOT

Ancien Interne de la Maison Nationale de Santé de Saint-Maurice

Interne des Asiles de la Seine

Asile de Villejuif, Service du Docteur X. ABELY

Né à Vouvray (Indre-et-Loire), le 17 janvier 1905

L'Hérédité Cyclothymique

Son utilité dans le diagnostic et le pronostic
de certaines psychoses

Président de Thèse : M. Henri CLAUDE

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1932

ANNÉE 1932

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean TRILLOT

Ancien Interne de la Maison Nationale de Santé de Saint-Maurice

Interne des Asiles de la Seine

Asile de Villejuif, Service du Docteur X. ABELY

Né à Vouvray (Indre-et-Loire), le 17 janvier 1905

L'Hérédité Cyclothymique

Son utilité dans le diagnostic et le pronostic
de certaines psychoses

Président de Thèse : M. Henri CLAUDE

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1932

PUBLICATIONS DU MEME AUTEUR

La Maladie de Hogdkin (*Revue générale*).

En collaboration avec le docteur J. Bonnin, de
Tours. (*Archives Médico-Chirurgicales de Province*, n° 2, février 1928).

Les résultats du Pneumothorax artificiel dans la cure
de la tuberculose pulmonaire.

En collaboration avec le docteur J. Bonnin, Jean
Chichereau et Maurice Guigner. (*Gazette des Hô-
pitaux*, n° 73, septembre 1928).

Troubles psychiques et réactions particulières du liquide
céphalo-rachidien, consécutifs à une fracture du
crâne méconnue.

En collaboration avec M. Paul Abély et Mlle Truche
(*Annales Médico-Psychologiques*, décembre 1929).



I. — PROFESSEURS

Le Doyen..... M. BALTHAZARD

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	LENORMANT.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LœPER.
Hygiène et Médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie..	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	MARCEL LABBÉ.
	LEREBoullet.
	NOBécourt.
	H. CLAUDE.
	GOUGEROT.
	GUILLAIN.
	TEISSIER.
	DELbet.
	CUNéo.
	LEJARS.
	GOSSET.
	TERRIEN.
	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
	J.-L. FAURE.
	OMBRÉDANNE.
	RATHERY.
	LEMAITRE.
	PIERRE DUVAL.
	SERGENT.
	LÉON BERNARD.
	MAUCLAIRE.
Clinique chirurgicale.....	
Clinique ophtalmologique.....	
Clinique urologique.....	
Clinique d'accouchements.....	
Clinique gynécologique.....	
Clinique chirurgicale infantile et orthopé- die	
Clinique thérapeutique médicale.....	
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	
Clinique propédeutique.....	
Clinique de la Tuberculose.....	
Professeur sans chaire.....	

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Neurologie et Psychiatrie.....	ALAJOUANET.
Pathologie médicale.....	AUBERTIN.
Pathologie médicale.....	BÉNARD HENRI.
Pathologie chirurgicale.....	BROCQ.
Pathologie médicale.....	BRULÉ.
Pathologie chirurgicale.....	CADENAT.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHABROL.
Physiologie	CHAILLEY-BERT.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale.....	DONZELOT.
Obstétrique	ECALLE.
Urologie	FEY.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	GATELLIER.
Pathologie chirurgicale.....	DE GAUDART D'ALLAINES.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale.....	HARVIER.
Pharmacologie	HAZARD.
Anatomie	HOVELACQUE.
Anatomie pathologique.....	HUGUENIN.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique.....	LABBÉ HENRI.
Pathologie médicale.....	LAROCHE GUY.
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Neuro-psychiatrie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie médicale.....	LIAN.
Histologie	MILLOT.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale.....	MOURE.
Histologie	MULON.
Anatomie pathologique.....	OBERLING.
Anatomie	OLIVIER.
Médecine légale.....	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Pathologie chirurgicale.....	QUÉNU.
Physiologie	RICHT Fils.
Chimie biologique	SANNIÉ.
Dermatologie et syphiligraphie.....	SÉZARY.
Pathologie médicale.....	VALLERY-RADOT.
	(Pasteur).
Obstétrique	VAUDESCAL.
Ophthalmologie	VELTER.
Histologie	VERNE.
Obstétrique	VIGNES.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Obstétrique	GUENIOT.
Anatomie pathologique.....	LEQUEUX.
Parasitologie	LEROUX.
Histologie	NEVEU-LEMAIRE.
Physique	RETTERRER.
	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

MM.

Clinique médicale.....	ABRAMI.
Clinique médicale.....	CHIRAY.
Clinique médicale.....	DEBRÉ.
Clinique médicale.....	DUVOIR.
Clinique chirurgicale.....	HEITZ-BOYER.
Clinique chirurgicale.....	BASSET.
Clinique chirurgicale.....	CHEVASSU.
Clinique chirurgicale.....	MATHIEU.
Clinique chirurgicale.....	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale.....	PROUST.
Clinique chirurgicale.....	SCHWARTZ.
Clinique chirurgicale.....	LE LORIER.
Clinique obstétricale.....	LEVY-SOLAL.
Clinique obstétricale.....	METZGER.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.....	MAUCLAIRE, profes- serr sans chaire.
Stomatologie	FREY.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique.....	LEDOUX-LEBARD.
Puériculture	WEIL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MES GRANDS-PARENTS

A MA MERE

A MA SŒUR

A MES MAITRES

A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOURS

A L'HOPITAL GÉNÉRAL DE TOURS

A LA MAISON NATIONALE DE SANTÉ DE SAINT-MAURICE

DANS LES ASILES DE LA SEINE

MEIS ET AMICIS

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Henri CLAUDE

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES MENTALES

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

*Hommage de ma respectueuse
reconnaissance pour l'hon-
neur qu'il m'a fait en accep-
tant de présider cette thèse.*

Au moment où je termine mes études médicales, c'est pour moi un agréable devoir que d'exprimer ma profonde reconnaissance à tous ceux à qui je dois ma situation.

Mes grands-parents et ma mère, par leur travail, par leurs sacrifices, ma sœur, par son désintéressement, ont contribué pour une très grande part à me permettre de poursuivre le cours de mes études, sans aucune préoccupation matérielle.

C'est avec émotion et reconnaissance que je me rappelle deux de mes premiers maîtres que la mort est venue prématurément arracher à leur enseignement auquel ils se consacraient avec tant de passion. M. le Docteur Gaston Bosc, après m'avoir prodigué ses soins dévoués au cours d'une grave maladie est devenu mon maître à l'hôpital de Tours; il savait captiver mon attention, souvent un peu volage, en agrémentant son remarquable enseignement médical par de spirituelles anecdotes. Monsieur le Docteur Louis Dubreuil-Chambardel m'enseigna l'Anatomie et la Physiologie à l'École de Médecine de Tours; sous sa direction, je commençai à apprendre et à comprendre l'anatomie du système nerveux, dont l'étude semble si ardue à un jeune étudiant.

Messieurs les Docteurs Raoul Mercier, Lapeyre, Thierry, Denoyelle et Bonnin furent mes maîtres tourangeaux dans les trois grandes parties de la médecine; avec eux, j'ai acquis les connaissances pratiques capitales pour l'exercice de la médecine.

C'est à Tours, que j'eus le bonheur de rencontrer le Docteur Paul Abély, alors qu'il était médecin-chef de l'Asile de cette ville; c'est lui qui m'orienta vers l'étude des maladies mentales; je le suivis à la Maison Nationale de Santé de Saint-Maurice où je devins son interne; sous sa seule direction, je préparai le concours d'internat des Asiles de la Seine; enfin, c'est lui qui m'inspira le sujet de cette thèse où il m'apporta souvent le secours précieux de sa science. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de toute ma reconnaissance et de tous mes remerciements pour l'enseignement qu'il m'a donné et pour l'amitié dont il m'honore.

A l'Asile Sainte-Anne, j'entrai dans le service de M. le Docteur Capgras, qui me fit profiter de sa grande expérience clinique et de ses connaissances psychiâtriques avec une bienveillance et une patience que je ne saurais oublier.

A l'Asile de Villejuif, devenu récemment l'interne du docteur Xavier Abély, ce nouveau maître continue à me donner l'enseignement théorique et pratique de la psychiâtrie.

Après tous ces maîtres à qui je dois tant de gratitude, je remercie M. le Docteur Simon, médecin chef de l'Admission à Sainte-Anne, qui a bien voulu me permettre de consulter les dossiers de son service pour l'établissement de mes statistiques, MM. les Docteurs Vignaud, Daday, Petit, Demay, Delmas, Leclerc, Villiers-Desmerets, pour les documents et les observations qu'ils m'ont donnés à propos de cette thèse.

Enfin je remercie MM. Joaki, assistant du Docteur Capgras, Corman, interne des Hôpitaux de Paris et mon ami Pierre Masquin, chef de clinique à la Faculté de Médecine qui ont facilité mon travail par leurs conseils dévoués.

18 mai 1932

J. T.

AVANT-PROPOS

Le diagnostic différentiel de certains cas d'affections mentales plus ou moins pures dans leur présentation clinique, suivies quelquefois de guérisons paradoxales après un pronostic sombre posé au début de l'évolution, ou, inversement, passant à la chronicité alors qu'elles semblaient devoir guérir, constitue un des problèmes les plus connus et les plus difficiles de la médecine mentale. C'est surtout lorsqu'il s'agit de différencier un état symptomatique d'une psychose maniaque-dépressive d'avec la démence précoce et de tenter un pronostic possible, que ce problème est souvent particulièrement délicat. Il a donné lieu à de très anciennes et mémorables discussions et cependant, malgré les progrès évidents de la psychiatrie, malgré des recherches récentes et des essais nouveaux de classification, il reste toujours aussi incertain. Nous pouvons citer pour mémoire, parmi tous les travaux, discussions et publications des Sociétés :

La publication du Docteur Trenal à la Société Médico-psychologique de 1912 et la discussion qui suivit :

Dans les archives Suisses de Neurologie de 1921,

Boven a publié une étude intéressante sur « *les conditions du développement au sein des familles de la Schizophrénie et de la folie maniaque dépressive* ».

En 1930, Halberstadt a fait à la Société Médico-psychologique une très importante communication sur « *les Syndromes anormaux du cours de la Psychose Maniaque dépressive* ».

Enfin, tout récemment Claude et Lévy Valensi ont attiré l'attention sur la difficulté d'un diagnostic précoce entre les deux affections « Psychose Maniaque dépressive et démence précoce », malgré les recherches de certains tests biologiques, à la clinique de psychiatrie de la faculté de Paris.

Nous voulons essayer aujourd'hui, dans ce travail, d'introduire à la suite de ces discussions, un élément nouveau, capable d'apporter peut-être quelques lumières en ce sujet : *L'étude de l'Hérédité des sujets à diagnostic incertain*.

Il nous semble, en effet, quand nous relisons tous les travaux se rapportant à ces essais de diagnostic différentiel et que nous en examinons les détails, qu'on n'ait accordé que très peu d'importance à ce facteur étiologique. Cependant, il est à noter que des notions nouvelles, telles celles introduites par Kretschmer à propos des types morphologiques dans les psychoses se rapprochent en un certain sens du but que nous poursuivons. Néanmoins, nos recherches seront orientées dans un sens très différent.

L'idée d'hérédité en psychiatrie est déjà très an-

cienne ; elle a fait l'objet d'études très importantes ; comme toute la vie des idées, elle a eu ses heures de triomphe et ses périodes de décadence. Il semble cependant, que depuis quelques années, elle tente moins les cliniciens.

Nous nous permettrons de citer à ce sujet les réflexions qu'émet M. Poyer dans son ouvrage si captivant « Les Problèmes généraux de l'Hérédité psychologique ».

« L'idée d'hérédité a été compromise et entraînée elle aussi dans le discrédit général qui frappait la dégénérescence. C'est ce qui fait aujourd'hui qu'en France bon nombre d'aliénistes ne la regardent plus que d'un œil défiant. On tend à l'éliminer progressivement. Régis, qui a contribué à créer, à côté de la psychiatrie des Asiles, ce qu'il appelle la psychiatrie des hôpitaux, a eu naturellement l'attention attirée davantage par l'importance des intoxications, des auto-intoxications dont Bouchard avait montré l'importance et des infections. Dès lors, ces nouveaux principes ne pouvaient-ils suffire à tout expliquer ? Sans doute, Régis ne nie pas l'influence de l'hérédité qu'il appelle même, reprenant le mot de Trélat, la cause des causes ; mais il tend à la reléguer tout à fait au second plan. A sa suite, toute la jeune école psychiatrique n'y attache plus qu'un intérêt très minime. Pourtant dans les dernières années, il a paru quelques études consacrées aux psychoses familiales et l'on a continué d'ailleurs à publier les cas les plus curieux

de psychoses héréditaires ; mais dans l'ensemble, on peut dire qu'en France, la question de l'hérédité est « inactuelle ». Il n'en a pas été de même dans les autres pays, particulièrement en Angleterre et en Amérique où le mouvement eugénique créé par Galton et le mouvement génétique ont suscité une ardente curiosité ».

Moins sévère est à ce sujet l'opinion de Madame Minkowska qui écrit : « La conception moderne de la constitution diffère de ce qu'elle a été au temps passé. Elle a profité, au fond, de l'état de torpeur dans laquelle elle est restée plongée pendant de longues années, pour s'enrichir de directions nouvelles venant des recherches dont nous venons de parler. Elle a profité tout particulièrement du développement inaccoutumé d'une nouvelle branche de notre science. Nous avons en vue les études familiales, les recherches généalogiques.

La conception de la constitution s'éveille aujourd'hui rajeunie, imprégnée d'un esprit synthétique, qui cherche, par dessus des faits isolés, les liens et les rapports existant entre eux. C'est ainsi qu'elle examine, dans sa forme moderne, l'individu dans ses rapports avec la collectivité, qu'elle met au premier plan, dans l'étude de l'individu, sa solidarité psychophysiologique, qu'elle rattache le morbide au normal, en constatant les passages insensibles de l'un à l'autre. Dans sa façon d'aborder les manifestations psychotiques, elle ne se contente pas d'une classification

purement descriptive, mais impose d'emblée l'idée de la cause, en ramenant les particularités de ces manifestations, à des facteurs psycho-biologiques d'ordre constitutionnel.

En faisant ressortir des traits de caractère communs à des branches entières d'une famille, en étudiant, d'autre part, les variations qu'ils peuvent subir sous l'influence du milieu et de l'apport de sang nouveau, elle tient compte aussi bien de ce qui est stable et qui dure que de ce qui varie et qui se modifie. Dans les familles des malades, elle nous montre ainsi la présence de facteurs de régénération à côté de ceux de dégénérescence, et stimule puissamment notre activité, en traçant devant nous les grandes lignes d'une prophylaxie et d'une thérapeutique judicieuses ».

Quant à Minkowski, dans sa remarquable étude sur la Schizophrénie, voici ce qu'il déclare : « Nous avons maintenant presque envie de dire : L'avenir de la psychiatrie, en tant que science, repose, en majeure partie, sur les recherches généalogiques concernant l'hérédité des maladies mentales ».

Analyser toutes les variétés d'hérédités mentales pathologiques constituerait un travail par trop considérable, dépassant le cadre du modeste programme que nous nous sommes imposé et nous nous limiterons à l'étude de l'*Hérédité cyclothymique*, en essayant de montrer l'utilité de sa connaissance dans le diagnostic et le pronostic de certaines psychoses et en particulier dans celui de la *Démence précoce*.

INTRODUCTION

Il importe, avant d'entreprendre une étude quelconque, d'en limiter strictement le domaine.

En tant qu'expression nosologique, le terme « Hérité cyclothymique » aura pour nous un sens plus large que celui exprimé par sa terminologie. En effet sous le nom d'Hérité cyclothymique, nous envisagerons les manifestations les plus variées dans leur importance des troubles de l'humeur :

les plus légères qui ne sont que l'exagération d'un état presque normal ;

les moyennes qui correspondent au type cyclothymique pur si bien décrit par Kahn dans sa thèse de 1909 ;

Les plus graves qui constituent la psychose maniaque dépressive de Kraepelin.

Dans un premier chapitre nous étudierons les *types similaires d'Hérité* ; nous nous reporterons alors aux documents les plus importants qui ont trait à cette question et nous essaierons de faire nous-même un essai de statistique personnelle.

Nous ferons en addendum, une courte étude de l'hérédité cyclothymique chez les jumeaux.

Dans un deuxième chapitre, le plus important, nous étudierons les *hérédités d'apparence dissemblable* et nous nous attacherons tout spécialement à étudier les rapports de l'hérédité cyclothymique et de la *démence précoce*.

Nous envisagerons ensuite la marque particulière qu'imprime cette hérédité dans l'éclosion d'autres états psychopathiques dans leur type clinique et dans leur évolution, à savoir dans les *Syndromes psychasthéniques et hyperémotifs*.

CHAPITRE I

HEREDITE SIMILAIRE

Tous les psychiatres s'accordent pour faire jouer un rôle de tout premier ordre à l'hérédité vésanique dans l'étude des causes favorisantes de la Psychose à double forme.

Déjà, Esquirol déclarait, en parlant de la mélancolie : « La Lypémanie est le plus souvent héréditaire, les lypémaniques naissent avec un tempérament particulier : le tempérament mélancolique qui les dispose à la lypémanie. On cite de nombreux cas de familles dont les divers membres sont tourmentés de l'idée fixe qu'on veut les tuer ou les empoisonner. Une lypémanique âgée de 42 ans est conduite dans une maison de santé où elle meurt : on découvre que son grand-père avait été fou, sa mère folle et que son fils âgé de 15 ans offrait déjà les signes de lypémanie ».

Etudiant 482 cas de lypémanie, Esquirol note 110 cas héréditaires.

Pour lui, l'hérédité de la manie est très fréquente, la moitié des cas ou à peu près seraient héréditaires. A la Salpêtrière sur 120 cas, il note 88 fois la transmission héréditaire, dans son établissement, il note 75 fois l'hérédité sur 152 cas.

Ritti nous donne des renseignements très intéressants sur l'hérédité de la folie à double forme.

Falret, dans sa lecture à l'Académie de Médecine, dit : « Les considérations que nous venons de présenter sur les renseignements fournis par les parents en même temps que notre expérience directe nous font penser que la folie circulaire est très héréditaire; toutefois nous ne pouvons pas affirmer qu'elle le soit davantage que d'autres espèces de maladies mentales quoique nous inclinions à le penser ».

Pour Morel, qui n'admet pas la folie à double forme comme une espèce morbide distincte, l'alternance entre l'état dépressif et l'état maniaque peut être regardée comme un des signes distinctifs des aliénations héréditaires, au même titre que la périodicité et l'intermittence, etc...

Foville déclare : « Le fait important qui domine l'histoire de la folie à double forme au point de vue de l'étiologie, c'est que tous les auteurs s'accordent à dire qu'elle est très héréditaire, sans donner cependant de chiffres ni de statistiques à l'appui de cette assertion. Nous partageons nous-même de la manière la plus complète, l'opinion générale et, pour nous,

le fait seul de l'existence bien établie de la folie à double forme chez un malade constitue une présomption voisine de la certitude, que, chez lui, l'aliénation mentale est surtout due au développement d'un germe héréditaire ou congénital; les faits abondent dans notre mémoire, à l'appui de cette opinion et les faits contraires manquent complètement ».

Puis, en Allemagne, Ludwig Kirn considère la folie à double forme comme le résultat d'une dégénérescence psychique. Cette psychose cyclique (selon le nom qu'il donne à cette affection) est pour lui une forme d'aliénation éminemment héréditaire, il cite 3 observations sur 4 de malades à antécédents héréditaires.

1° Observation VII de l'auteur :

Hérédité directe du côté paternel ;

2° Observation VIII de l'auteur :

Mère et un grand nombre de parents aliénés ;
1 fils et 1 fille pareillement atteints de folie périodique ;

3° Observation IX de l'auteur :

Père très irritable ;
Mère névropathique ;
Frère du père bizarre ;
2 frères aliénés.

Dittman, en 1877 a trouvé sur 10 cas de folie à double forme 7 fois des maladies mentales chez les ascendants.

Kraft-Ebing considère la folie à double forme comme une folie héréditaire dégénérative (Ein Héréditar Irresein), il donne un certain nombre d'observations à l'appui de sa thèse.

Dans son intéressant ouvrage, couronné par l'Académie de Médecine en 1880, *Traité clinique de la folie à double forme*, qui nous a fourni les renseignements que nous venons de citer, Ritti donne plusieurs observations d'hérédité ; il conclut à l'importance de ce facteur étiologique et déclare que, dans certains cas cette hérédité peut être similaire. Il signale :

1° L'histoire d'une malade de Geoffroy dont la mère avait présenté une folie à double forme.

2° Le cas d'un aliéné cité par Douthente et dont le père avait présenté les mêmes symptômes que son fils ;

3° L'observation LV de son ouvrage.

Observation LV :

Folie à double forme à type circulaire ;

Hérédité directe similaire ; mère atteinte de folie à double forme ;

Cause occasionnelle de la maladie : attaques

d'éclampsie. Période d'excitation avec exaltation générale, parfois violences ;

Période de dépression avec simple état mélancolique.

La malade n'est placée dans un établissement que pendant la période d'excitation.

Kraepelin a réuni sous le nom de psychose maniaque dépressive trois ou quatre groupes nosologiques séparés auparavant :

Manie,
Mélancolie,
Folie circulaire,
Folie à double forme.

Il indique que les principales causes de cette psychose doivent être recherchées avant tout dans les constitutions psychopathiques des sujets. A Heidelberg, il trouve des tares héréditaires dans 80 % des cas observés. A Munich, il en a trouvé un peu moins; il a observé en outre que fréquemment, on pouvait noter chez les parents, les collatéraux d'un malade des accès de folie maniaque dépressive et que l'on pouvait également trouver aussi souvent des cas de suicide qui à son avis sont symptomatiques de la même affection. Il fait remarquer à juste titre, que dans la famille on rencontre souvent des individualités psychopathiques dont un grand nombre peuvent être rattachées à la cyclothymie ; (on sait en effet, que

beaucoup de cyclothymiques légers ne rentrent jamais à l'Asile et peuvent mener une vie normale, ce qui rend difficile l'établissement d'une statistique exacte).

Mott a trouvé l'hérédité dans 55 % des cas de Psychose maniaque dépressive, « il a rassemblé les observations de 319 couples (parents, enfants) dans lesquels se trouve une affection mentale à la fois chez l'enfant où chez l'un des parents. Dans 69 de ces cas l'enfant est maniaque dépressif : on trouve chez l'ascendant direct dans 28 cas (40,6 %) la même affection (hérédité similaire) dans les 41 autres cas (59,4 %) une maladie mentale (hérédité dissemblable). Sur les 250 autres cas, 41 malades (16,4 %) ont des parents périodiques. On voit qu'elle est la place considérable de cette affection dans les cas d'hérédité. Il y a une plus grande similitude entre les membres d'une fratrie qu'entre parents et enfants » (Poyer). Sur 200 cas dans lesquels l'aîné où l'aînée est périodique, on en rencontre 92, soit 46 % dans lesquels le second enfant est atteint de la même affection. Dans 108 cas, soit 54 % le deuxième enfant est atteint d'une autre affection. Par contre, si l'on examine les cas où l'aîné des enfants présente une psychose autre que la psychose périodique, on notera 13,8 % des cas dans lesquels l'autre membre de la fratrie est maniaco-dépressif ; dans 86,2 % on trouvera une autre psychose. De ces résultats de Mott on peut donc conclure que l'hérédité similaire est trois fois aussi fréquente dans la psy-

chose maniaque dépressive que dans les autres formes d'aliénation mentale et que la forme familiale des psychoses périodiques est très fréquemment rencontrée.

Kraepelin cite quelques statistiques établies par d'autres auteurs ;

Walker a trouvé l'hérédité dans 73,4 % des cas, Saiz dans 84,7 %, Weygandt dans 90 %, Albrecht dans 80.6 %.

On peut constater que l'on rencontre beaucoup plus souvent les antécédents héréditaires dans les formes à accès répétés que dans les formes à un seul accès.

Recherchant les antécédents chez des enfants des maniaques dépressifs, Rehm est arrivé à la statistique suivante :

Sur 44 enfants appartenant à 19 familles, il trouve des tares psychiques dans 52 % des cas, et notamment dans 29 % une constitution sentimentale anormale surtout dans le sens dépressif.

Dans sa Thèse, M. Demay cite un certain nombre d'observations de Psychoses périodiques familiales.

Wimmer de Copenhague considère la folie Maniaco-dépressive comme héritée à la façon d'un caractère mendélien dominant ; pour lui, cette affection peut être considérée comme la maladie familiale par excellence.

Davenport (Inheritance of temperament, Washington 1915) conclut à l'étude de 146 unions qu'à de très rares exceptions :

Les descendants de 2 parents maniaques seraient excitables;

Les descendants de 2 parents placides seraient non excitables ;

Les descendants d'un déprimé et d'un non déprimé seraient non déprimés ;

Les descendants de 2 déprimés seraient tous déprimés.

Dans l'encéphale de Mai 1931, les Professeurs Claude et Levy-Valensi, au cours d'un intéressant article, ont rapporté les conclusions de la thèse de Boven.

Boven montre que l'hérédité psychopathique n'est pas mendélienne, il fournit une statistique que nous citons :

En cas de psychose périodique :

a) Cas de folie maniaque dépressive :

chez les générateurs 35 %

chez les collatéraux 9,6 %

chez les grands parents 9,1 %

chez les oncles et tantes 5,8 %

b) Cas de psychopathie maniaco-dépressive :

des parents directs 23 %

des parents indirects 18 %

des collatéraux 16 %

c) Incidents de psychose périodique antérieure chez les sujets.

Il en conclut que l'hérédité de la folie maniaque dépressive est similaire, spécifique, continue.

Il signale en outre que dans l'entourage du périodique on trouve des querelleurs, des vantards ou des hésitants, des scrupuleux, des timorés, des inquiets, en un mot des anxieux; on note des cas de suicide.

Kretschmer, dans son manuel théorique et pratique de psychologie médicale, déclare que l'ascendance et la descendance des circulaires et des cyclothymiques se composent en grande partie de cyclothymiques.

Enfin dans le traité « La Pratique psychiatrique » de Laignel-Lavastine, A. Barbé et Delmas, Delmas signale que : « l'hérédité crée chez l'individu qui doit être atteint de psychose périodique une constitution morbide : « la constitution cyclothymique ». Il est habituel, en effet, de rencontrer dans le passé des périodiques, et souvent de façon précoce, des accès frustes dont les accès francs ultérieurs ne sont que

l'exagération manifeste. Plus les accès sont fréquents dans la vie d'un périodique, plus précoce dans son apparition et plus marquée dans ses manifestations se révèle la constitution originelle ».

Dans divers ouvrages, nous avons pu noter un certain nombre d'observations où la constitution cyclothymique était signalée soit chez les ascendants, soit chez les collatéraux, soit dans les antécédents personnels.

C'est ainsi que dans le « Traité clinique de la folie à double forme » qui nous a fourni déjà des documents importants, Ritti signale 13 fois l'hérédité cyclothymique sur les 79 observations de folie à double forme qu'il cite.

La thèse de Kahn sur la cyclothymie nous montre également la transmission de cette constitution dans 8 observations sur 30, certains des cyclothymiques qu'il cite pouvant d'ailleurs rentrer dans le cadre de la psychose maniaque dépressive.

Nous trouvons aussi dans « l'hérédité dans les maladies du système nerveux » de Déjerine un certain nombre d'observations de transmission de la constitution cyclothymique. (Tableaux de la Famille Scheurer), de la Maison d'Espagne de 1449-1700, etc...).

Les docteurs Xavier et Paul Abely ont bien voulu nous communiquer l'intéressante observation présentée à la Société Médico-psychologique en 1926; nous

allons citer intégralement cette observation qui nous montre un exemple remarquable de transmission héréditaire similaire d'un état cyclothymique qui va évoluer en s'aggravant au cours des générations successives pour arriver chez la malade à la constitution d'un état pathologique de psychose maniaque; cette communication a pour titre :

*Constitution syntone suivie pendant plusieurs
générations*

L'arrière grand-père de la malade, né en 1780, fit montre d'une activité débordante; ardent dans ses opinions, idolâtre de Napoléon, très autoritaire, ne supportant pas la contradiction, il était « sans peur et prêt à tout braver », disent les mémoires de son fils. En 1806, au moment de la quatrième coalition, il abandonne sa femme, ses enfants, ses affaires et s'engage dans un corps de volontaires où il devient officier. Toujours le premier pour les missions les plus périlleuses, il accomplit un jour un véritable exploit : Le gros de l'armée française étant encerclé dans une forteresse étrangère, il parvient à traverser les lignes ennemies, à pénétrer dans la place et ayant accompli sa mission auprès du commandant, il retourne à son bataillon par le même chemin. En 1815, lors de la Restauration, ayant manifesté trop vivement ses opinions antilégitimistes, il fut emprisonné; ses propriétés furent confisquées, sa maison brûlée. Ré-

duit à la misère, il se remit au travail avec ardeur, et parvint de nouveau à une confortable aisance.

Le grand-père, né en 1810, était une « forte tête ». Lui aussi fut extrêmement actif, entreprenant, autoritaire, passionné pour les luttes politiques. Au moment de la Révolution de 1830, pour échapper à la vengeance d'ennemis personnels, il fut obligé de s'enfuir à l'étranger sous un déguisement ecclésiastique. Après des aventures amoureuses, riches en incidents variés, il se lance dans le commerce. Il y fait preuve d'une initiative et d'une hardiesse remarquables. Le premier dans sa région, il institue la vente au crédit, il fait la représentation exclusive de plusieurs maisons de fabrication; il utilise pour étendre son trafic, de nombreux commis-voyageurs. Lui-même voyage hors de France. Son activité est considérable. Il se lève tôt et ne se couche habituellement qu'à deux heures du matin. Il lit beaucoup; il perfectionne son instruction rudimentaire. Il acquiert une grosse fortune. Malheureusement pour lui, éclate la Révolution de 1848. Il se jette avec ardeur dans la politique, organise un club, dont il est le président, devient un orateur populaire écouté. Une nuit il est blessé par des adversaires. Son agitation s'accroît. Ledru-Rollin lui envoie ses félicitations; François Arago lui fait cadeau de son portrait. Mais l'avènement de Napoléon III lui est fatal. Il proteste violemment contre le coup d'Etat. A la suite d'une bagarre où il faillit être tué, il est emprisonné et finalement exilé. Sa maison de commerce est vendue et pillée, sa famille est dans

le dénuement le plus complet. Revenu quelques années plus tard, il ne peut que constater sa ruine. Mais il ne se laisse pas abattre. Il devient voyageur d'une grande entreprise. Cette unique représentation ne suffisant pas à son activité, il voyage bientôt pour cinq maisons. A 60 ans, il travaillait encore inlassablement. Il eut à cet âge, une attaque, reste paralysé et mourût peu d'années après.

Le père de la malade est né en 1837. Dès son jeune âge, il était exagérément batailleur et s'amusait beaucoup plus qu'il n'étudiait. A 16 ans, il quitte ses parents et se place comme commis de magasin, dans une ville voisine; arrivé à l'âge d'être soldat, il « se débrouille » dit-il, pour tirer un numéro qui le défavorise. Aussitôt pris, il est volontaire pour l'armée d'Italie. Il se bat à Magenta, à Solférino. Lorsqu'il est libéré, au lieu de revenir dans son pays, il part pour l'Algérie. Il y exerce des métiers divers : chef de travaux, gérant, comptable. Il se marie à Constantine et se crée une petite fortune. Quelques années plus tard, on le retrouve à Marseille, où il dirige une banque de crédit. Puis il s'adonne aux entreprises commerciales et fait de bonnes affaires. En même temps, il complète son instruction assez négligée jusque-là et acquiert seul un fatras de connaissances hétéroclites; il écrit une sorte de petite encyclopédie de toute sa science, où les recettes utiles voisinent avec des théories métaphysiques. Ses écrits, rédigés dans un style grandiloquent, sont d'une amusante prolixité.

Mais survient alors la guerre de 1870, qui détermine chez lui une violente exaltation. Le voilà passionné de politique. Son caractère habituellement violent et emporté s'exagère. Il se fait de nombreux ennemis. Il a des démêlés avec sa propriétaire et manque un jour de l'étrangler. Il se compromet dans plusieurs rixes.

En août 1870, ayant manifesté dans la rue en criant : « Vive la République, vive l'Internationale », il est emprisonné.

La proclamation de la République, le 4 septembre, déclanche chez lui un véritable état d'excitation. Le jour même, au milieu du désarroi général, il s'attribue les fonctions de commissaire de police. Il constitue une colonne populaire dont il prend la tête ; il se dirige vers la prison, d'où il libère les prisonniers politiques. Il se rend ensuite à un couvent de moines cloîtrés, les oblige à sortir et à faire le tour de la ville. Le lendemain, il fait placarder, de sa propre autorité, une affiche décrétant la loi martiale. Cependant les autorités municipales se sont ressaisies et le maire doit rassurer la population effrayée des actes de cet énergumène, en proclamant qu'il ne faut pas tenir compte des agissements d'un « fou ». Après cet épisode aigu, le père de notre malade se calme un peu. Il entre dans la garde nationale, et devient capitaine. Mais l'inaction lui pèse. Il se rend à Tours, pour exposer à Gambetta ses idées personnelles, se disant délégué de sa province. A son arrivée à Tours,

on le prend pour un individu suspect et on l'empri-
sonne. Mais on peut établir son identité et Gambetta
lui-même le fait relâcher. N'y tenant plus, il donne sa
démission de capitaine de la garde nationale et s'en-
gage dans un corps franc. Il se bat enfin, très coura-
geusement d'ailleurs; il est cité deux fois à l'ordre du
jour; il enlève un petit poste; il est nommé lieutenant.
La guerre se termine. Mais nous le retrouvons alors
dans le mouvement communiste local. A la tête d'une
petite troupe, il se rend dans un village voisin, qui
a la réputation d'être royaliste. De sa propre initia-
tive, il pénètre chez des particuliers, les arrête, les
ligote, les frappe, menace de leur « brûler la cer-
velle » ou de leur « laver la figure avec du plomb ».
Il se précipite sur un, le sabre à la main, s'écriant
« Je vais vous faire voir comment on traite un roya-
liste ». Il veut « pétroler » les maisons. Il y a des
coups de feu échangés. Un des témoins raconte qu'il
avait l'air d'un « fou furieux ». Il fut traduit devant
les tribunaux, à la fin de la commune, et condamné
à 10 ans de réclusion. Libéré avant la fin de sa peine,
il se lança dans de nombreux procès contre ses en-
nemis politiques, contre des journaux divers, pour dif-
famation.

Nos renseignements sur lui s'arrêtent là, mais sont
suffisants pour apprécier les réactions pathologiques
de cet hypomaniaque.

Nous arrivons ainsi à la malade que nous avons pu
observer personnellement dans nos services. Il s'agit
ici d'une véritable psychose.

Le cas est d'ailleurs banal. Après plusieurs crises d'hypomanie qui n'avaient pas nécessité l'internement, éclate un accès intense qui rend le placement à l'asile obligatoire. L'accès s'atténue, mais un certain degré d'excitation persiste indéfiniment. La malade actuellement internée depuis 8 ans, tend nettement vers la chronicité. Nous noterons seulement qu'en changeant de sexe, les tendances passionnelles héréditaires ont changé de forme. La passion amoureuse l'emporte sur la passion politique. La malade a poursuivi de ses provocations érotiques des médecins, des professeurs, des magistrats. Elle n'a pas abandonné cependant toute ambition politique : elle a essayé en effet de créer une franc-maçonnerie féminine et semble même avoir fait des adeptes.

Parmi les observations personnelles que nous avons recueillies à l'asile clinique Sainte-Anne, dans le service de Monsieur le Docteur Capgras, nous citerons 3 cas de malades à hérédité cyclothymique.

OBSERVATION I (personnelle)

Sommaire : *Hypomaniaque. — Hérité similiaire. — Antécédents personnels. — Internement pour dépression mélancolique.*

Mlle V... Renée, âgée de 21 ans, institutrice, entre à l'asile clinique, dans le service du Docteur Capgras, le 20 octobre 1931, avec le certificat d'entrée de l'Hôpital Henri Rousselle où elle était en observation :

« Est atteinte d'excitation maniaque, euphorie, expansivité, fuite des idées, projets multiples, achats inconsidérés, a dépensé plusieurs milliers de francs en quelques jours. Préoccupations érotiques. Déjà traitée en avril 1931 à l'hôpital Henri Rousselle pour dépression mélancolique » (certificat en date du 16 octobre 1931).

Le certificat immédiat délivré par le Docteur Simon, le 20 octobre est ainsi conçu : « Présente une légère excitation maniaque, avec désordre des idées et des actes, loquacité, dépression passagère antérieure ».

L'hérédité de cette malade est assez chargée :

La Grand'mère paternelle a été internée à 50 ans pour idées de persécution; puis une deuxième fois à 70 ans.

Le père *cyclothymique*, très loquace, *subexcité d'ordinaire* est entré récemment à Henri Rousselle, pour un accès de dépression succédant à une courte phase d'excitation. Il présente des idées hypocondriaques, de suicide; il s'accuse de méfaits imaginaires, se croit poursuivi, et quelque temps avant son hospitalisation, il n'osait plus sortir de chez lui.

Une sœur de la malade, âgée de 20 ans, est très nerveuse.

L'histoire de notre malade est normale jusqu'au mois de septembre 1930.

Voici ce que nous signale scrupuleusement son père dans une note détaillée :

Renée a eu la scarlatine à 12 ans; à 17 ans, une adénite sous-maxillaire.

Intelligente, elle a une bonne instruction primaire supérieure : Brevet supérieur; elle a préparé le certificat d'études P. C. N. mais, refusée en juillet 1929, elle n'a pas voulu se représenter. D'un caractère doux, un peu timide, affectueuse, très sociable, elle montrait, cependant, une affection marquée pour sa mère, tandis qu'elle restait froide à l'égard de son père.

En septembre 1930, elle commence à faire des dépenses exagérées (achat d'une moquette de 2.000 frs), puis en décembre, pour Noël, elle annonce à ses parents qu'elle va s'acheter des « étrennes royales » (une collection de livres sur l'Histoire Ancienne d'un

prix de 500 à 600 francs) ; ces dépenses peuvent paraître exagérées si l'on considère qu'elle a un traitement mensuel de 900 francs.

Elle se lie d'amitié, pendant 3 ou 4 mois, avec un jeune instituteur avec lequel elle échange des idées sur un terrain philosophique, puis elle change de sentiments à l'égard de ce jeune homme qui lui devient indifférent.

En février 1931, elle devient triste, se sent moins d'aptitude au travail, son adénite maxillaire subit une nouvelle poussée. Le 2 mars 1931, ayant subi une remontrance de l'un de ses chefs, en présence de ses collègues, elle rentre chez elle en déclarant : « Je suis une incapable, le directeur le sait, l'Inspecteur va le savoir. » Les jours suivants elle répète : « Je suis une incapable, le dernier des paysans, dans un village, en sait plus que moi, etc... » Une fois elle eut envie de se jeter par la fenêtre. Puis elle présente un mutisme presque complet, elle ne lit plus, devient morose.

Le 16 avril 1931, elle entre à Henri Rousselle, elle pleure lors des visites de ses parents.

Elle reste hospitalisée jusqu'au mois de juillet et sort, encore déprimée, à la demande de ses parents qui l'emmènent au bord de la mer.

Le retour de sa sœur qui revient d'Espagne la rend plus gaie; elle sort souvent, se trouve mieux; elle déclare qu'elle devient belle, elle s'admire dans un mi-

roir et se fait photographier plusieurs fois. Après un séjour à la campagne, elle rentre à Paris, le 2 octobre 1931, pour reprendre ses fonctions d'institutrice. Mais le 5 octobre elle commence l'accès maniaque qui l'a amenée à Sainte-Anne : elle loue une chambre où elle reçoit des jeunes gens ; elle dépense d'une façon exagérée, emprunte de l'argent ; elle veut faire des réfections dans l'appartement de ses parents, commander une automobile ; elle donne un fort acompte sur un piano alors qu'elle ne sait pas jouer ; il ne lui reste qu'un franc sur son livret de caisse d'épargne. En outre, elle ébauche des projets de mariage ; elle a en vue trois fiancés.

C'est alors que ses parents la font entrer à l'Asile.

A son entrée, nous nous trouvons en présence d'une jeune fille loquace, souriante, qui répond avec bonne grâce à nos questions ; elle est euphorique, contente d'elle-même, contente d'être ici « du moment qu'il y a un piano » ; optimiste « je prends les choses comme elles viennent ». « J'ai l'esprit scientifique, dit-elle, et la pensée littéraire ; j'ai toujours visé à l'harmonie. J'ai une nature très riche, une vie très intense. » Elle nous entretient de ses projets : « je veux faire de la médecine. » Elle n'a que l'embarras du choix pour se marier : « j'ai trois fiancés ; le premier est compositeur, le second docteur, le troisième agrégé de lettres. Ce ne sont pas de vrais fiancés mais des personnes susceptibles de le devenir. » Elle aime recevoir, donner. Elle a tendance à l'ironie, mais sans

méchanceté. Elle reconnaît ses dépenses qu'elle trouve normales : « C'est plus commode d'acheter en bloc. »

Bien orientée, sans idée délirante, elle est très lucide, non incohérente; elle passe d'une idée à une autre, nous entretient de médecine, de physique, de mathématiques, etc...

Elle ne présente pas d'idées érotiques : « je suis de marbre. » Elle veut faire un mariage sérieux.

Sa tenue est correcte, soignée. Elle s'occupe avec de jeunes malades à qui elle fait des cours, donne des leçons. Elle écrit de nombreuses lettres dans lesquelles elle se plaint de ses parents qui l'ont fait interner à Sainte-Anne. D'ailleurs elle déclare dans ses lettres qu'elle pleure souvent malgré qu'elle fasse bon visage devant les médecins. Ses sentiments à l'égard de ses parents ne sont pas très affectueux, surtout à l'égard de son père qui lui disait des « choses désagréables ». « Mon affection n'est pas débordante », elle aime mieux sa sœur. « Mon père, d'ailleurs, est un comptable qui ne juge que par les chiffres et ne comprend pas les choses de la sensibilité. »

Durant son séjour ici, son état n'a guère changé; elle est devenue cependant un peu plus calme.

Elle est sortie, sur la demande de sa mère, à titre d'essai, mais reste toujours hypomaniaque.

Au point de vue physique, la malade ne présentait rien d'anormal, à part une adénite sous-maxillaire.

OBSERVATION II (personnelle)

Sommaire : *Psychose périodique. — Lourde hérédité similaire. — Plusieurs internements antérieurs (3). — Sortie guérie du dernier accès.*

Madame S... Marguerite, sans profession, entre dans le service du docteur Capgras, à Sainte-Anne, le 12 novembre 1931, après avoir fait un séjour à l'hôpital Henri Rousselle où le docteur Courtois délivre le 29 octobre 1931 un certificat d'internement ainsi conçu : « En observation depuis le 13 octobre 1931 pour la 3^e fois, est atteinte d'un état d'excitation psychomotrice : Turbulence, logorrhée, s'occupe de tout, prétend commander à tous, insultes, grossièretés, familiarité, tutoiement, menaces et violences. Réclame le divorce, entrera au couvent. »

Le certificat immédiat du 31 octobre 1931 donne les renseignements suivants : « Aurait présenté un léger état mélancolique, ne mangeait pas, ne dormait plus, était triste, se serait excitée ces jours derniers, paraît plus calme actuellement. »

L'hérédité de cette personne est très chargée du côté maternel : *La tante maternelle est décédée à l'asile de Morlaix.*

La mère était souvent mise en observation à l'Asile de Quimper; elle est actuellement internée à Maisons-Blanches pour la 4^e fois, pour manie.

Une sœur de 28 ans a été internée à Maisons-Blanches pendant trois mois à l'âge de 23 ans pour manie; excitée depuis.

D'autre part les antécédents personnels de Mme S. ne sont pas moins chargés, puisqu'elle en est à son 4^e internement :

1^o Internement à Morlaix, à 17 ans, durée : 4 mois;

2^o Internement à Maisons-Blanches pendant 3 semaines (bien portante entre les deux internements), à 29 ans;

3^o Internement à 32 ans, à Maisons-Blanche, pendant 3 mois 1/2, sortie le 17 mars 1931.

Tous ces internements sont motivés par des *accès de manie* ou de *mélancolie*.

Voici ce que nous constatons à son entrée dans notre service :

La malade déclare qu'elle pleurait depuis quelques semaines; elle craignait la misère, car son mari était en chômage; depuis juillet, elle ne se sentait pas très bien : elle présentait des alternatives d'excitation et de dépression.

Pas d'affaiblissement intellectuel, elle est calme, lucide, bien orientée, mnésique; elle expose sa situation avec clarté et précision. Nous trouvons quelques idées hypocondriaques : la malade craint une opération. Quelques accusations auraient été portées sur elle : excès de boisson, mauvaise conduite. N'a pas

d'idées de suicide, ni d'obsessions. Elle se préoccupe du sort de ses trois enfants pendant son absence.

Au bout de quelque quinze jours, son état s'est tout à fait amélioré; la malade recommence à travailler chez le tailleur de l'Administration.

Le 26 novembre sa sortie est signée par le docteur Capgras et elle est rendue à son mari.

Cette malade a présenté un court accès de psychose maniaque dépressive. Nous la signalons surtout à cause de son hérédité similaire chargée et de ses antécédents personnels cyclothymiques.

OBSERVATION III (personnelle)

Sommaire : *Maniaque. — Hérédité précessive chargée. — Antécédents personnels cyclothymiques.*

Madame Ch... Jeanne, âgée de 46 ans, employée de bureau, entre le 13 juin 1931, à la 2^e section de l'Asile Clinique. Son certificat d'internement délivré le 9 juin comporte : « En observation au service de Prophylaxie mentale depuis ce jour, est atteinte d'un état maniaque, excitation psychomotrice, turbulence continue, déclamations théâtrales ; prétend faire la paix du monde, travailler pour le bonheur des ouvriers et de tous les employés du Louvre ; chants, menaces de violence. Obésité. Hérédité vésanique. »

Le certificat immédiat est ainsi conçu : « Présente un état d'excitation maniaque, avec désordre des idées et des actes, loquacité, chants, insomnie. »

Nous ne trouvons rien chez les ascendants de cette malade; par contre nous trouvons chez trois des enfants de notre malade, des troubles mentaux (le mari était alcoolique). Les trois enfants ont été soignés pour leurs troubles mentaux la même année, à quelques semaines d'intervalle :

1° *19 janvier 1929.* — Un fils, 20 ans, à la suite de gale infectée est entré à Henri Rousselle pour « bouffées délirantes polymorphes — idées de persécution (critiquées par le malade), explications confuses, incohérentes; fatigue générale; débilité mentale.

(On lui reprochait la mort de son père, on lui parlait de sa situation — durée du délire : 5 jours). L'internement a duré 40 jours.

2° *4 février 1929.* — Une fille, la cadette, internée déjà une première fois à la suite de grippe, est internée à nouveau pour hypomanie et bouffées délirantes. Débile, troubles de l'humeur : tantôt gaie, tantôt triste, riait et chantait ou pleurait, aurait fait une chute d'un étage à travers une verrière et aurait déliré à la suite.

3° *11 juillet 1929.* — La fille aînée entre avec le certificat suivant : « Excitation psychique, verbigération, incohérence, agitation, fuite des idées, insom-

nie survenant quinze jours après un accouchement. » Elle a eu une poussée de température à 39°9, est revenue à la normale le lendemain.

Le docteur Ey note : « Agitation maniaque, érotisme, rires, chants, fuite des idées, hypertonie affective, euphorie, violences. » Elle est sortie de Villejuif en août 1929.

Quant à la malade, elle aurait eu 3 ans auparavant des troubles identiques, mais moins accentués et n'ayant pas nécessité l'internement : « elle était exubérante, très gaie, à l'excès même, ne dormait plus, avait des idées fantasques », déclare la fille aînée de Madame Ch...

La malade, à son entrée, déclare qu'elle avait des difficultés avec le Magasin du Louvre où elle travaillait, elle n'aimait pas le travail qu'on lui donnait; se mettait à chanter la Marseillaise dans l'atelier où elle travaillait; elle essayait de révolter les ouvrières qui travaillaient avec elle et se plaignait d'insuffisance de salaire.

Elle est bien orientée sur sa personne, désorientée dans le temps et l'espace; sa mémoire est assez bonne. Diminution de l'attention dirigée.

Loquace, elle crie continuellement, elle a de la fuite des idées.

Erotique, elle raconte spontanément des sensations voluptueuses : « Je ne suis pas de bois. »

Elle tient des propos grossiers, familiarités, mo-

queries; très agitée, on est obligé de l'enfermer en cellule; elle renverse son lit. On doit lui faire de la scopolamine pour la calmer.

Rien au point de vue physique, sinon l'obésité de la malade.

Depuis la malade présente des phases où l'excitation motrice s'atténue. Mais elle est toujours aussi grossière et loquace.

Nous pouvons remarquer que notre malade présente le type physique que Kretschner a décrit chez le cyclothymique : la structure pyknique.

De taille moyenne, trappue, ramassée, la malade a un visage rond, bien rempli, le teint est frais; la musculature est molle, le visage, le cou, le tronc sont recouverts d'une épaisse couche de tissu adipeux. Nous pouvons noter la largeur de la tête, de la poitrine et de l'abdomen. Le cou est court, ramassé; le visage est large et arrondi; le nez épais et charnu; l'ensemble du visage présente schématiquement la forme d'un large écusson.

OBSERVATION IV (communiquée par M. Daday)

Monsieur De..., sous-officier de l'armée active, entre le 28 avril 1929 à la Maison nationale de santé de Saint-Maurice avec le certificat du professeur Fribourg-Blanc ainsi conçu : « Présente un syndrome de subexcitation psychique et physique avec idées de

persécution, agressivité et réactions violentes intermittentes; vagues idées de grandeur.

Voici l'histoire de ce malade : De... entre le 8 avril 1929 en observation pour expertise médico-légale. Le médecin du corps déclare : « Est sous le coup d'une punition grave, car il a rompu ses arrêts. » Ayant une bonne instruction et intelligent, il était à 13 ans et demi petit employé à l'agence Havas du Havre, puis il s'est fait garçon boucher. Il a fait son service militaire à Mayence et à Trèves et pendant son service a présenté deux crises de rhumatisme articulaire aigu. Libéré le 25 avril 1925, il a fondé une boucherie-charcuterie, qui a bien marché au début, puis moins bien en raison sans doute d'un état d'excitation maniaque à son début. En effet, en février 1928, il entre à l'hôpital général du Havre d'où on l'interne à Sotteville. Il en sortira le 25 avril 1928 après 75 jours d'internement. En mai 1928, il se rengage et est affecté à Landau.

Bien noté jusque-là sa conduite devient mauvaise au début de mars. Il mérite des remontrances, puis des punitions très nombreuses. Il fréquente des femmes, fait des dettes, rentre toutes les nuits à des heures impossibles, adresse des réclamations, cause, et fait du bruit pendant le travail, etc. Son excitation psychique se manifeste par d'innombrables lettres, des croquis et dessins, des commandes diverses, des chants, des vanteries et des projets de toutes sortes. Il est évacué le 20 avril 1928, à Paris, au Val de Grâce.

Là l'interrogatoire est très difficile : il parle abondamment, fait de grandes phrases et de grands gestes ; il est peu attentionné à ce qu'on lui dit, et ses réponses sont souvent sans rapport avec les questions posées. Interrogé sur sa jeunesse, il aurait, dit-il, passé son certificat d'études brillamment et se disposait à poursuivre ses études ; mais il ne put le faire faute d'argent. Lorsqu'on lui demande pourquoi, à 18 ans, il quitta l'agence Havas pour se faire garçon boucher, il ne peut ou ne veut pas en donner la raison. Pendant son adolescence, il aurait appris seul le latin, le grec, l'italien, l'anglais, l'arabe, etc. « Toutes ces langues, dit-il, je les parle couramment, j'ai le don des langues. »

Il explique les remontrances et les nombreuses punitions reçues depuis le mois de mars par la jalousie qu'il inspire aux officiers de son régiment. « Je possède en effet la plus belle femme de Landau. Il répond malpoliment à ses supérieurs, il est puni, mais n'y attache aucune importance, »

Au cours de son voyage de Mayence à Paris, il aurait menacé à plusieurs reprises l'infirmier qui l'accompagnait.

Au point de vue physique, rien à signaler, sauf un rétrécissement mitral. Tension artérielle Mx 11, Mn 7.

Le Bordet Wassermann est négatif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Le malade entre à la Maison de santé avec le certificat que nous avons signalé au début de l'observation.

Durant son séjour, il présenta des signes caractéristiques d'excitation maniaque : Excitation maniaque, logorrhée vaniteuse, tendance à l'agressivité, quelques idées mégalomaniaques, il sera maréchal de France, ministre de la guerre.

Cependant, au bout de quelques mois, vers la fin de juin l'état s'améliore notablement et le 1^{er} août 1929, le malade guéri quitte la Maison de santé.

Dans les antécédents héréditaires, nous trouvons :

Père interné 8 fois à l'Asile de Sotteville pour psychose périodique avec phase maniaque, gênant et compromettant l'ordre public.

Un oncle paternel excentrique est pharmacien et prétend avoir découvert du diamant dans du charbon.

Le malade lui-même a été, nous l'avons signalé, interné pour *excitation maniaque*.

Nous avons essayé de faire une statistique personnelle; nous l'avons faite dans les dossiers de l'admission de l'Asile Clinique que M. le docteur Simon a bien voulu nous permettre de consulter. Nous avons relevé les noms des malades internés en 1922, et nous avons recherché l'hérédité vésanique chez les maniaques, les mélancoliques et les maniaco-dépressifs. Nous n'avons pas la prétention d'être arrivé à une statistique rigoureuse. De nombreuses causes d'erreurs peuvent se présenter; c'est tout d'abord la difficulté avec laquelle non seulement les malades, mais encore les parents se décident à avouer les cas d'affections mentales sur-

venues dans leur famille; c'est encore le fait que dans une ville comme Paris, où la population est mobile, provinciale ou même étrangère d'origine, les parents de nos malades, les malades eux-mêmes ont pu être internés auparavant dans un asile de province ou étranger. Il est alors impossible de déterminer la nature de l'hérédité ou même l'existence d'une hérédité.

Voici cependant les résultats auxquels nous sommes arrivés :

MANIE : 61 cas.

Antécédents héréditaires ou collatéraux :

Cyclothymiques	15
Non cyclothymiques...	7 dont 2 d'alcoolisme
Non signalés	24
Non déterminés.....	4
Pas d'antécédents.....	11

Antécédents personnels cyclothymiques : 32.

MÉLANCOLIE : 138 cas.

Antécédents héréditaires ou collatéraux :

Cyclothymiques ...	52 cas
Non cyclothymiques	14 cas dont 4 d'alcoolisme
Non signalés.....	43 cas
Non déterminés....	4 cas
Pas d'antécédents..	25 cas

Antécédents personnels cyclothymiques : 73 cas.

PSYCHOSE MANIAQUE DÉPRESSIVE : 59 cas.

Antécédents héréditaires ou collatéraux :

Cyclothymiques . . .	23 cas
Non cyclothymiques	10 cas dont 3 d'alcoolisme
Non signalés	17 cas
Non déterminés	3 cas
Pas d'antécédents . .	6 cas

Antécédents personnels cyclothymiques : 53 cas.

Nous sommes d'accord pour modifier cette statistique qui, à notre avis, est inférieure à la réalité pour ce qui est des antécédents héréditaires ou collatéraux. Il suffit de constater le nombre de cas où les antécédents ne sont pas signalés. Notre statistique est certainement non conforme à celle que pourrait donner un médecin de maison de santé qui connaît parfaitement les familles de ses malades et peut les suivre avec beaucoup plus de facilité que nous.

Nous, pouvons aussi faire remarquer à propos des hérédités dites alcooliques que pour certains auteurs (A. Delmas) l'alcoolisme constitue assez souvent une forme particulière de cyclothymie.

La dipsomanie se rencontre très souvent chez les déprimés constitutionnels (cas du poète Alfred de Musset).

Dans tous les cas il apparaît comme très évident que parmi toutes les psychoses, la folie maniaque dépres-

sive est celle où l'on trouve le plus habituellement et avec le maximum de fréquence l'hérédité similaire.

A cette hérédité purement mentale doit probablement s'adjoindre une hérédité biologique également similaire, hérédité endocrinienne et végétative. Nous aurons l'occasion d'en reparler dans un chapitre ultérieur.

L'HEREDITE CYCLOTHYMIQUE ET LES JUMENTAUX

Avant d'aborder le chapitre des rapports de l'hérédité cyclothymique et de la démence précoce, nous voudrions dire quelques mots de l'hérédité cyclothymique chez les jumeaux, comme corollaire du premier chapitre.

Les jumeaux sont classés en univitellins et en bivitellins. Ces derniers ne sont jumeaux que par hasard, des « pseudo-jumeaux » comme on a proposé de les appeler; ils sont issus de deux œufs différents qui peuvent avoir été fécondés d'une façon tout à fait indépendante. Des exemples semblent prouver que ces œufs ont pu être fécondés par des spermatozoïdes de pères différents. Les œufs peuvent avoir le même âge ou bien différer de quelques semaines. En somme, on dit « jumeaux » par le seul fait qu'ils sont nés le même jour.

Quant aux jumeaux univitellins, ils sont nés d'un même œuf; le placenta est unique. Ce sont ces jumeaux qu'il est intéressant de comparer aux points de vue physique, psychologique et pathologique. Malheureusement les statistiques de gémellité basées sur

les recherches de l'état civil ne font aucune distinction entre les deux variétés de jumeaux; le seul moyen de les différencier c'est l'examen des membranes de l'œuf. D'après MM. Bar et Apert, il y aurait un cas de gémellité univitelline pour deux de gémellité bivitelline.

Dans cette courte étude nous ne regarderons que le côté psychopathologique et plus particulièrement le rôle de la cyclothymie chez les jumeaux. Il ne nous a pas été donné jusqu'ici la possibilité de constater par nous-mêmes ce rôle; c'est pourquoi nous nous reporterons aux auteurs qui ont fait des recherches dans ce sens.

Au point de vue psychologique, Thorndike, ayant fait des examens à l'aide de tests sur 50 paires de jumeaux des écoles de New-York, a constaté que « la ressemblance des jumeaux paraît plus grande que la plus grande ressemblance qui peut être trouvée entre deux enfants du même sexe et du même âge pris au hasard dans la population de New-York City ».

Soukhanoff rapporte un certain nombre d'observations de folie gémellaire. Rush aurait été, d'après Soukhanoff, le premier à signaler la folie gémellaire; en 1812, il publie le cas de deux jumeaux atteints simultanément de mélancolie et qui tous deux se suicidèrent. Dans son article intitulé « Sur la folie gémellaire » Soukhanoff rapporte 29 observations de folie gémellaire recueillies chez différents auteurs : 17 de

ces observations peuvent être rattachées à la cyclothymie. On trouve :

Manie chez les deux jumeaux : deux cas;

Mélancolie chez les deux jumeaux : sept cas;

Psychose maniaque dépressive chez les deux jumeaux : quatre cas.

Manie chez l'un, mélancolie chez l'autre : un cas;

Manie chez l'un, psychose maniaque dépressive chez l'autre : un cas.

Mélancolie chez l'un, psychose maniaque dépressive chez l'autre : deux cas.

Dans la plupart des cas, on trouve l'hérédité vésanique chez les parents ; mais elle n'est déterminée d'une façon précise que dans l'observation de Hasse (1887) : il s'agit de deux sœurs jumelles, toutes deux mélancoliques ; leur affection a présenté un tableau clinique identique. La mère était atteinte de mélancolie.

Udine a signalé un cas de folie à double forme survenue à la même époque chez deux jumelles qui vivaient séparément.

Demay retrouve, dans les différentes publications sur les jumeaux, 41 cas de psychoses gémellaires ; il remarque la prédominance des formes mélancoliques, 8 cas sur 41, et des formes maniaques et périodiques 10 cas, ce qui fait 18 cas de folie maniaco-dépressive sur 41 cas de folie gémellaire.

Parfois les troubles mentaux éclatent à la même époque, le plus souvent, il s'écoule un temps plus ou moins variable entre l'apparition des deux affections mentales. Demay cite des intervalles allant « de quinze jours (cas de Savage) à un an (Marro), deux ans (Mendel-Euphrat, Zinn, Schütz) trois ans (Herfeld, deuxième cas de Schütz) et même douze ans (Mickle).

Il y a la plupart du temps une *similitude absolue* entre la forme clinique de l'affection et l'évolution chez les deux jumeaux.

On a pu faire jouer, un grand rôle dans ces cas de folie maniaco-dépressive des jumeaux à l'influence de l'imitation, de la suggestibilité, de la contagion mentale et peut-être du traumatisme moral provoqué par la connaissance de la maladie de l'autre jumeau. Soukhonoff qui accorde une grande part à l'hérédité, ne nie pas ces influences. Cependant des observations ont montré que des jumeaux éloignés ont pu présenter la même affection. Apert rapporte un cas de Schuter : il s'agit de deux jumelles qui ont présenté à la même époque, à l'approche de la menstruation les premiers troubles mentaux. Toutes deux ont eu durant de longues années des périodes alternantes de folie maniaco-dépressive et d'état normal. Presque toujours les mêmes phases de la maladie coïncidaient, alors même que les deux sœurs étaient séparées.

A. Marie et Bagenoff rapportent une observation de Marandon de Montyel qui daterait de 1881 : Deux jumelles univitellines se sont montrées identiques à

tous les points de vue : dentition, paroles, marche, écusérie, apparues en même temps ; la menstruation se manifesta pour la première fois le même jour chez les deux sœurs alors âgées de 13 ans et deux mois. Le retour menstruel a lieu régulièrement en même temps ; les règles durent quatre jours. Au point de vue pathologique les deux jumelles ont présenté exactement les mêmes maladies et à la même époque. Leur ressemblance physique est frappante, portant sur tout le corps. Très intelligentes, excellentes musiciennes, elles obtinrent leurs brevets à la première épreuve. Le caractère était identique : bon et expansif ; toutes les deux étaient bavardes. A 16 ans, toutes les deux se marient le même jour ; dès lors, elles vont vivre séparées. Au quatrième mois de leur grossesse, alors qu'elles ne s'étaient pas revues depuis leur mariage elles furent le même jour, presque à la même heure, atteinte brusquement d'un accès de manie. Elles entrèrent toutes les deux à l'asile, chacune ignorant la présence de sa sœur dans le même service. Elles présentèrent les mêmes symptômes : « la vésanie était absolument semblable, c'était un délire erotico-religieux avec les mêmes hallucinations et les mêmes conceptions délirantes ». « Chez nos deux jumelles, tout à si bien coïncidé, hallucinations, conception délirante, périodes d'incohérence complète et de vive agitation, prédominance alternative de l'Enfer et du Ciel, que, quand nous en avons vu une nous n'avions pas besoin de nous informer de l'état de l'autre : nous pouvions être certain qu'il était rigoureusement sem-

blable.» Les deux malades accouchèrent à 48 heures d'intervalle d'un garçon chacune; leur état s'améliore et elles quittent l'asile ; on ne leur apprend que plus tard et progressivement que leur maladie avait été double.

Dans le premier chapitre, nous avons considéré la grande fréquence de la similarité entre les affections mentales d'une même fratrie. A priori, lorsqu'il s'agit de jumeaux sommes nous en droit d'attendre une fréquence au moins aussi importante.

La ressemblance entre les types physiques, que l'on rencontre si souvent chez les jumeaux univitellins est bien connue ; elle amène des confusions fréquentes même de la part des parents et des proches et l'on pourrait citer de nombreuses anecdotes qui témoigneraient de cette ressemblance. « Ces anecdotes sont trop nombreuses, trop précises, trop concordantes pour être inventées; elles témoignent de la multiplicité des points de ressemblance ». déclare Poyer. La comédie avait puisé dans cette ressemblance le type des Menechmes.

Lorsqu'il s'agit de ces « tempéraments cyclothymiques » décrits par Kretschmer, nous pourrions retrouver chez nos deux jumeaux la même constitution physique et psychique.

Il est regrettable que dans les observations de « Cyclothymie gémellaire », les affections mentales des ascendants ne soient signalées le plus souvent, que d'une façon imprécise. Cet aperçu sur l'hérédité cyclothymique chez les jumeaux se borne donc à l'hérédité collatérale.

CHAPITRE II

HEREDITE D'APPARENCE DISSEMBLABLE

RAPPORTS DE L'HÉRÉDITÉ CYCLOTHYMIQUE ET DE LA DÉMENCE PRÉCOCE

La cyclothymie peut-elle se rencontrer dans les antécédents des déments précoces ou chez leurs ascendants? La question a été très débattue. Certains auteurs l'affirment, d'autres le nient.

Boven, dans sa thèse de doctorat nous entretient des différentes hypothèses soutenues : « D'un côté l'on nous affirme que la démence précoce et la folie maniaco-dépressive sont spécifiques dans leur transmissibilité, et que cette différenciation des dispositions héréditaires est si manifeste qu'il y a même exclusivisme entre la démence précoce et la folie maniaco-dépressive au sein des familles tarées, en sorte que chacune de ces affections garderait jalousement son domaine, sa famille, et n'y tolérerait pas le coexis-

tence de la maladie rivale. D'autre part, on lit dans certains ouvrages, que cette prétendue différenciation des prédispositions héréditaires n'existe pas, qu'en réalité l'on hérite d'une disposition générale à la folie, que les circonstances et les particularités de la vie et de l'ambiance de chaque individu taré façonnent les caractères morbides et leur donnent leur aspect définitif, en sorte que, de deux frères indisposés à l'aliénation mentale, l'un peut, selon les circonstances, évoluer vers la démence précoce, l'autre vers la folie maniaco-dépressive. On ne nous dit pas quelles conditions, quelle ambiance façonnent la démence précoce ou la folie maniaco-dépressive ; on émet cette hypothèse du polymorphisme de l'hérédité mentale qui, disent ses partisans, répond parfaitement aux données de l'observation et justifie la coexistence si souvent constatée de la démence précoce et de la folie maniaco-dépressive dans la même génération ».

Il cite Vorster qui conclut que l'hérédité de la démence précoce et de la folie maniaco-dépressive est similaire ; mais il reproche à cet auteur de sélectionner les faits favorables à sa thèse. Quant à Berzé, il élargit trop le domaine de la démence précoce pour pouvoir affirmer l'existence de l'hérédité similaire de cette affection.

« Oberholzer (toujours cité par Boven) est frappé de la similarité *absolue* (sauf quelques cas d'épilepsie) de l'hérédité dans la démence précoce. L'exclu-

sivisme des deux affections rivales est tranchée : la folie maniaco-dépressive manque complètement dans ses familles de déments précoces ». Or, Boven reproche à Oberholzer d'avoir fait entrer dans le groupe de la démence précoce des syndromes caractérisés par divers troubles de l'affectivité qui sont curables et éphémères et d'avoir élargi ainsi d'une façon trop importante le cadre de la schizophrénie aux dépens de celui de la folie maniaco-dépressive. Jolly arrive à des résultats moins rigoureux au point de vue similarité.

Pour Boven, l'ascendance des déments précoces est polymorphe et l'on rencontre la folie maniaco-dépressive chez les ascendants ou les collatéraux. Dans l'ambiance des déments précoces on trouve davantage de cas de folie maniaco-dépressive (10,6 %) que de déments précoces (6 %) ; la démence précoce peut coexister avec la folie maniaco-dépressive soit chez frères et sœurs, soit chez père et fils, mère et fille, oncles et neveux, grand'mère et petite fille ; il n'y a pas d'exclusivisme essentiel absolu. Enfin de tout le groupe nosologique isolé par Kraepelin, c'est la mélancolie d'involution « qui s'acclimate le mieux dans l'ambiance de la démence précoce ».

Cependant dans la statistique de Boven, nous pouvons noter que la cyclothymie se rencontre beaucoup plus rarement que ce qu'il appelle la « Psychopathie », dans l'ambiance familiale des déments précoces. Nous trouvons en effet 53,7 % de psychopa-

thie contre 10 % de F.M.D. et 6 % de D.P. Si, d'autre part, nous examinons attentivement les tableaux généalogiques qui accompagnent les 30 observations de déments précoces, nous y voyons des ascendants ou des collatéraux non internés, mais présentant cependant des troubles du comportement qui peuvent se rattacher à ce que Kretschmer appellera, plus tard, la « Schizothymie ». Cet état représente la plus grande partie des cas de « psychopathie » de Boven ; dans toutes les observations nous le rencontrons beaucoup plus fréquemment que l'état cyclothymique.

Poyer, qui nous a fourni tant de renseignements dans le chapitre précédent signale, lui aussi, que l'on trouve dans les antécédents des déments précoces l'hérédité dissemblable. Rüdin prétend que les parents maniaco-dépressifs donnent assez souvent naissance à des enfants qui deviennent déments précoces, tandis que l'inverse est rare, surtout si l'on exclut les cas où l'on trouve chez l'un des parents une constitution maniaque dépressive.

MM. Masselon, Régis, Deny, Mlle Pascal, Dide et Guiraud, Rogues de Fursac dans leurs articles sur la D.P., dans les divers manuels de psychiatrie, parlent de l'hérédité familiale, mais ne s'attachent pas particulièrement à l'hérédité cyclothymique dans la D.P.

M. Delmas déclare « A la suite de Bleuler, des auteurs français ont admis une constitution schizoïde, mais les observations se rapportent toutes à des associations de constitutions déjà connues, la plupart du

temps, à l'association de la dépression cyclothymique et de l'hypéremotivité».

Hutter de Dennennoord, dans son ouvrage intitulé : « Die Erbllichkeit der schizophrénie » attache une importance notable au rôle de l'hérédité dans l'étiologie de la D.P. Dans 22 à 50 % des cas, il trouve des traits de caractère schizoïde ou « prépsychotiques » et dans 6 %, des malades. Mais il ne dit rien de l'hérédité cyclothymique.

D'après ces études on peut donc déjà affirmer que l'hérédité cyclothymique, si elle peut se rencontrer dans la démence précoce est beaucoup moins fréquente que dans la psychose maniaque-dépressive.

Lorsqu'elle existe imprime-t-elle un caractère ou une évolution particulière à la psychose hétérophrénique ?

Un cas personnel qui nous a permis d'assister à une terminaison favorable de la maladie nous a incité à faire des recherches dans ce sens. Ce sont elles que nous allons exposer dans ce chapitre.

Voici tout d'abord l'observation de notre malade de l'asile clinique Sainte-Anne, entrée avec le diagnostic de démence précoce probable et qui avait présenté des antécédents personnels et héréditaires d'origine cyclothymique ; cette malade est sortie guérie.

OBSERVATION I (Personnelle)

Sommaire : *Malade entrée comme démente précoce probable. — Excitation. — Présence de symptômes de la série schizophrénique associés à des symptômes de dépression mélancolique. Déjà internée quelques mois auparavant pour excitation maniaque. — Hérité cyclothymique.*

Mlle Bo... Jeanne, âgée de 20 ans, employée de bureau, entre dans le service du Dr Capgras, le 6 septembre 1931, pour la 2^e fois, avec le certificat suivant : « En observation au service de P.M. depuis le 29 août 1931, présente les signes d'une excitation psycho-motrice à type hébéphrénique ; alternance de périodes calmes et d'excitation incohérente. Propos mystiques, agenouillements, réclame Dieu. Grimaces, marmottements à voix basse, réponses discordantes, faites d'une voix chuchotée. D'après l'anamnèse, intelligence à développement normal jusqu'à la puberté. Antécédents bacillaires (?) ; internée en juillet dernier ».

Le certificat immédiat est ainsi conçu : « Présente un état d'excitation maniaque atypique avec désordre des idées et des actes, déclamations et appels mystiques, opposition, insomnie ». (6 septembre 1931).

Cette malade avait déjà été internée en juillet dernier pour excitation maniaque avec état confusion-

nel, onirisme mystique ; elle était sortie après un séjour à l'asile de trois semaines ; mais sa liberté avait été de courte durée : huit jours seulement.

Lors de son premier internement on avait noté : Malade non désorientée, mnésique. On l'avait amenée à l'Hôpital Rousselle « parce qu'elle avait eu des visions » ; elle avait vu le Christ à la sortie du métro de la porte de Clichy ; elle avait l'impression d'être regardée par Dieu. Très pieuse, Dieu lui avait dit « intérieurement » de faire sa volonté. « Il voulait que je sauve la France et le monde par la prière, le sacrifice, le renoncement au monde ». Elle eut une période d'anxiété et de sentiment d'étrangeté avant son unique hallucination visuelle. Elle critique cette hallucination et dit : « il me semble l'avoir vu à Paris », puis elle se reprend et affirme : « je vous assure que je l'ai vu, le Christ, il mendiait, j'ai mis de l'argent dans sa casquette. « Ayant perdu son directeur de conscience, elle a senti alors que désormais Dieu la dirigeait, « Je prie Dieu d'une *manière passive* ; je sens, en moi se répéter la phrase suivante : Jésus je ne suis rien, je ne vauds rien, mais j'ai confiance en vous. » Elle est inconsciente de la morbidité de son état : « Je me sens un peu drôle, mais ce n'est pas de la maladie. » Interprétations rétrospectives, pas d'hallucinations. Lenteur de l'idéation, voix monotone. Pas d'indifférence affective. Réponses adaptées. D'après le récit d'une amie, il semble qu'elle ait été très affectée par le décès de son directeur de conscience. Une nuit, elle a senti quelque

chose d'anormal en elle, elle est allée trouver un prêtre à minuit pour communier.

Après quelques jours d'internement, son état a paru s'améliorer; elle est sortie à la demande et sous la responsabilité de son père. Mais deux jours après sa sortie, elle a senti « comme une suggestion de se jeter par la fenêtre »; elle a été prise de peur.

A sa deuxième entrée à Henri Rousselle on lui a demandé « si elle voulait donner son cœur à la France », elle n'a pas répondu et se l'est reproché. Elle continue à avoir peur, se croit morte, prend les lits pour des cercueils. Elle ne veut pas parler puis se reproche de ne pas parler.

Elle ne répond à aucune question, mais tient spontanément des propos déclamatoires. Elle crie, gémit : « j'ai peur de tout — Dieu je l'ai trompé; j'ai tenté de regarder le ciel. C'est peut-être moi le diable — Je n'ai pas fait mon devoir. J'ai eu peur d'avoir détruit la Sainte Eglise, oh! Mon Dieu! »

Attitudes mystiques. Aspect craintif.

Elle ne reconnaît pas le médecin, les infirmières qui l'ont approchée lors de son premier internement. Elle répond par monosyllabes, avec difficulté. Parfois, elle semble répondre à des hallucinations auditives.

Elle refuse de manger et l'on doit pratiquer l'alimentation artificielle pendant plusieurs jours.

Le 27 octobre 1931, on est frappé en entrant dans la

salle de voir la malade dans une attitude cataleptique; hypertonique, la nuque raide, les épaules reposant sur le traversin, la tête se tient en extension. On note de la conservation des attitudes imprimées à ses membres. Ces phénomènes cataleptiques durèrent un certain temps puis disparurent.

La malade reste inerte, ne s'occupe pas; fléchissement des sentiments affectifs, indifférence émotionnelle.

Cependant l'état va s'améliorer peu à peu; le père que nous interrogeons après les visites qu'il rend à la malade nous déclare « qu'elle devient plus gentille avec lui ».

A la fin de décembre, elle se lève; en janvier, elle demande du travail, et commence à manifester le désir de sortir; elle travaille régulièrement, elle coud, aide au ménage, fait les courses dans l'Asile; on l'emploie au bureau où elle tape à la machine. Son activité redevient normale, elle ne délire plus. Elle recouvre son affectivité, devient souriante.

Parallèlement à l'amélioration psychique, on note une amélioration de son état physique, qui se traduit par une augmentation de poids.

La sortie est signée par le docteur Capgras qui la considère comme guérie, à la date du 20 février 1931.

Avant de terminer, nous signalerons que notre malade répond au type pyknique. Nous n'avons rien trouvé à signaler au point de vue somatique.

Dans les antécédents personnels de cette malade, nous ne trouvons rien en dehors de son premier internement qui a précédé le second de quelques jours.

Du côté maternel nous notons une lourde hérédité vésanique.

La mère est d'une famille d'alcooliques. Agée de 45 ans, elle a été internée en 1917 et 1921 pour *mélancolie*. Actuellement elle est internée à l'Asile de Villejuif, depuis le 7 février 1931; elle présente des *alternatives d'excitation avec euphorie*, érotomanie, et de *dépression* avec idées de persécution, dégoût de la vie, aboulie, etc... Elle répond au *type pyknique* de Kretschmer.

La malade elle-même, avant ses internements, présentait des *alternatives* de morosité et d'expansion, une grande mobilité de l'humeur.

Voilà donc une malade qui entre à l'asile pour *démence précoce* probable; elle présente en effet des signes d'hébéphrénie qui permettent de poser ce diagnostic; au cours de l'internement apparaissent de nouveaux signes de schizophrénie. Ces signes sont associés à des signes de cyclothymie (excitation puis dépression). Elle guérit *intégralement* et sort après deux mois de guérison. Or, cette malade qui, d'après l'anamnèse, présentait des antécédents personnels de cyclothymie, est née d'une mère atteinte de psychose maniaque dépressive, issue elle-même d'une famille de buveurs.

Nous avons recherché des cas analogues de guérison de déments précoces ou de ces rémissions prolongées qui ont pu faire émettre à Mignard, cette opinion rapportée par Minkowski « que ces rémissions n'étaient au fond, rien d'autre que des guérisons ayant le grand tort de gêner les aliénistes, c'est-à-dire de ne pas vouloir se conformer à leurs idées préconçues et au pronostic porté en vertu de celles-ci ».

La thèse de Boidard nous donne trois cas de guérison de déments précoces, nous signalerons en quelques lignes l'une de ces observations, la XI^e de l'auteur, la seule où l'hérédité vésanique ait été signalée.

OBSERVATION XI de Boidard

(Thèse : Sur la Démence précoce.

Considérations cliniques et pronostiques. Paris, 1905)

Affaiblissement intellectuel primitif avec début dans la sphère affective. — Délire mélancolique avec stupeur. — Tares héréditaires. — Guérison.

Malheureusement, les tares héréditaires ne sont pas établies d'une façon formelle et nous hésitons à prononcer les mots d'hérédité cyclothymique. Voici, en effet, ce que nous signale Boidard comme *Antécédents héréditaires*.

Il est fils de parents bien portants; mais du côté paternel, le grand père est affaibli au point de vue intellectuel, et la grand'mère est morte à 74 ans, démentement avec idées de persécution et *mélancolie*.

Un oncle est mort aliéné.

Du côté maternel, une tante a été internée et a guéri; un cousin est débile.

Seule, l'affection de la grand'mère a été précisée : *mélancolie* ; en l'absence de renseignements nets avons-nous le droit d'affirmer que cet état mélancolique signalé à 74 ans relève de la cyclothymie?

Il est d'ailleurs souvent difficile de rechercher l'hérédité; c'est souvent, au cours des entretiens que nous avons avec les parents que l'on peut dépister ces troubles légers qui le plus souvent ne sont pas considérés comme anormaux. Nous savons que souvent l'excité constitutionnel, surtout dans les formes légères, n'est pas reconnu comme tel par sa famille; de même, bien qu'à un degré moindre, pour le déprimé. Les mots vagues d'original, lunatique, ou bien de triste, neurasthénique (au sens courant du mot), de nerveux reviennent très souvent dans la bouche de l'entourage sans qu'il soit permis de parler d'une façon précise de cyclothymie. Quant à l'alcoolisme, s'il est fréquemment une manifestation de cette constitution, il peut aussi se rencontrer au cours d'autres états mentaux. Dans le premier chapitre, nous avons signalé, lors de notre essai de statistique, l'alcoolis-

me en dehors des antécédents cyclothymiques, tout en faisant des réserves sur la possibilité de le rattacher à l'excitation et surtout à la dépression cyclothymique; dans ce deuxième chapitre, nous éliminerons avec soin l'alcoolisme en tant que symptôme isolé, ne citant dans nos observations que les manifestations cyclothymiques franches.

Monsieur Daday a bien voulu nous signaler un certain nombre de déments précoces qui ont été traités à la Maison Nationale de Santé de Saint-Maurice et qui ont guéri. Il nous a fourni des renseignements sur les familles de ces malades et sur les troubles mentaux, parfois légers, que présentaient les parents ou les collatéraux. Nous avons pu, grâce à sa bienveillance, consulter les dossiers de ces déments précoces qui sont sortis et dont la guérison persiste. Avec sa permission nous citerons quelques-unes de ces observations.

OBSERVATION II

Monsieur Du..., né le 13 mars 1904, entre le 20 juillet 1926 à la Maison Nationale de Santé de Saint-Maurice avec le certificat suivant délivré au Val de Grâce par le Professeur Fribourg-Blanc : « Etat d'excitation psychique avec hostilité, agressivité ; idées délirantes de persécution à caractère politique et familial (contre sa sœur), violences, bris d'objets, hal-

lucinations auditives par extériorisation des idées délirantes. Rémission ayant duré une quinzaine de jours à la suite d'un traitement par le paludisme provoqué; reprise actuelle des troubles qui évoluent depuis mars 1926 ».

Le Docteur Xavier Abély, dans le certificat de 24 heures, signale: « Excitation psychique avec fuite des idées, incohérence des propos, barrage, affaiblissement de l'attention, idées délirantes polymorphes sans systématisation, hallucinations auditives, automatisme mental, conservation de la mémoire; indifférence au milieu, hostilité à l'égard de la famille; négativisme, impulsivité, attitudes moqueuses, stéréotypies; semi-mutisme; début probable d'hébéphrénie.

Voici l'histoire de ce malade telle que la rapportent les notes prises au centre psychiatrique de Metz et au service neuro-psychiatrique du Val de Grâce :

CENTRE PSYCHIATRIQUE DE METZ

Très intelligent, très exubérant, très porté aux opinions extrêmes, le malade a fait des études secondaires. Se destinant à l'agriculture, il a fait avant son service militaire un voyage au Maroc, où à la suite de surmenage, de fatigue physique, il aurait déjà eu une bouffée de délire maniaque assez vite dissipée.

Incorporé le 15 novembre 1924, il a fait une première entrée à l'hôpital pour parasitisme intestinal,

entérite parasitaire (kystes de lamblia). Entré une seconde fois pour amaigrissement, il était en observation dans un service de médecine, quand il a contracté une scarlatine d'intensité moyenne (février-mars 1926); au cours de cette affection, des troubles mentaux ont fait éclosion.

Logorrhée et graphorrhée, exprimant des revendications d'ordre pécuniaire, revendications ayant une base réelle. De ces revendications, avec calculs sur la base de la livre sterling, du dollar, etc., de nombreuses feuilles de papier ont été noircies. Tout le monde est pris à témoin.

Tout d'abord cohérent, le langage est devenu incohérent; aux idées revendicatrices se sont mêlées les idées politiques, les déclamations révolutionnaires sans suite, avec des réflexions saugrenues. Fuite des idées, insomnie. Un état nettement confus avec désorientation, perte des matières et des urines, langue rôtie, fièvre légère, gros amaigrissement, état de déchéance assez prononcé, lente desquamation, assourdissement des bruits du cœur, albuminurie.

Après la période de confusion mentale, l'état général a pu être relevé, l'albuminurie a disparu, le cœur est redevenu bon; on a alors constaté un état d'excitation avec logorrhée, déclamation à tue-tête, bris d'objets. Meilleure orientation dans le temps et dans l'espace. Il démonte son lit et menace son gardien avec une pièce de fer; il ne peut concentrer son attention, regarde un instant les journaux, puis les dé-

chire, fait toujours ses besoins au milieu de sa chambre ou contre le mur. Il monologue en regardant par la fenêtre; indifférent à sa famille, dit bonjour à sa mère d'une façon distraite, ou même ne lui parle pas. Chante et crie quand il est seul, mais devient réticent avec le médecin; on a changé son gardien qu'il accusait de le maintenir enfermé « alors que des deux l'aliéné c'était lui ». Vaguement persécuté. Evacué sur le Val-de-Grâce.

OBSERVATION DU SERVICE DE NEURO-PSYCHIATRIE
DU VAL-DE-GRACE

A son entrée, le 27 mai 1926, le malade est assez agité. Il crie, se remue dans sa chambre, va et vient, prononce des commandements militaires. Bonne orientation, il sait qu'il est au Val de Grâce. Questionné sur ce qui s'est passé antérieurement il confirme les renseignements fournis à Metz. Mais sur la période délirante, il la donne comme une période où il était interné pour raison politique : s'occupait de l'autonomie alsacienne et lorraine avec l'abbé Wetterlé, M. Vautrin, le R. P. Sanson; c'est le N^{mo} dragon qui menait cette affaire. La compagnie de l'Est s'en occupe : c'est une affaire Bloc national-Marxiste; il a été amené au Val de Grâce sans escorte, comme un prisonnier politique, dans un train spécial blindé.

Verbosité; incohérence dans les idées; défaillances du jugement. Mémoire conservée, pas d'hallucina-

tions. Gestes stéréotypés ; se regarde le creux de la main, se fait les ongles d'une main avec les doigts de l'autre main, sans arrêt. Air sarcastique. Rire explosif, sans motif. Quelques réticences.

28 mai. — Le docteur Rotschild a voulu le faire castrer; peut-être le docteur Rogues de Fursac qui est venu le voir à Metz a-t-il eu la même intention. On a voulu fusiller le docteur Euvrard parce qu'il avait cherché à prendre sa défense. S'il est aujourd'hui au Val de Grâce c'est parce que l'armée française est entrée en Lorraine et est venue le délivrer à l'hôpital Plantière de Metz où il était séquestré. Incohérences nombreuses. *Syndrome hébéphrénique probable.*

29 mai. — Mutisme, opposition, négativisme.

30 mai. — Courte phase d'excitation avec violence. Frappe l'infirmière d'un coup de poing, brise les carreaux de sa cellule à l'aide de son quart. Chante l'Internationale à tue-tête. Idées de persécution très vives contre un malade voisin, le lieutenant Ch... qui vient l'agacer en le traitant d'anarchiste (fait exact).

1^{er} juin. — Raconte longuement son histoire. Analyse les phases d'un complot ourdi contre lui à Metz. Ces persécuteurs sont nombreux, et lui ont fait subir les pires supplices. Ils ont violé une infirmière qui à l'hôpital avait voulu prendre sa défense. Cette infirmière est actuellement incarcérée dans la geôle située en face de la sienne. Il lui téléphone en appli-

quant son oreille contre son matelas, fait les demandes et les réponses. Il téléphone également à Metz, donne des ordres à son ancien régiment de dragons. Tout le régiment lui obéit et marche sous ses ordres.

3 juin. — Griffonne tout le jour des dessins symboliques sur de nombreuses feuilles de papier; lettres et équations ont pour lui un sens. Les réponses qu'il fait aux demandes de traduction de ses symboles sont incohérentes.

4 juin. — Grande crise d'excitation avec violence, bris d'objets; il répand dans sa chambre le contenu de son seau hygiénique, déchire ses livres; il lance à la tête du médecin traitant les objets qu'il a en mains. On est obligé de le changer de cellule et de le placer dans une chambre d'isolement ne contenant qu'un matelas et des couvertures. Agressivité marquée; figure en groin; regard haineux; mutisme.

5 juin. — Injection sous-cutanée de 6 cc de sang de paludéen (*Plasmodium vivax*).

12 juin. — Pendant ces 8 derniers jours l'agitation et l'agressivité n'ont pas cessé. Cris; il chante l'Internationale à tue-tête ou se renferme dans un mutisme hostile et obstiné. A frappé les infirmiers et l'infirmière à diverses reprises, s'est jeté les poings levés sur le médecin traitant en l'appelant assassin. « Je ne suis pas fou, M. de Fursac (il paraît confondre dans sa fureur le médecin qui le soigne avec le doc-

teur Rogues de Fursac). Je ne suis pas fou, vous me faites mourir incarcéré dans cette geôle. Loi de 1838... loi de 1838... Ah, ah, vous m'assassinez! à boire, à boire! »

Il s'alimente, mange, avec gloutonnerie, tout ce qu'on lui donne.

14 juin. — Plus calme depuis hier, mais regard toujours hostile. Pouls lent, mais peau moite. Peut-être a-t-il fait la nuit dernière un accès fébrile (l'injection de sang paludéen date de 9 jours), mais il a été impossible jusqu'à présent de prendre sa température en raison de son agitation.

17 juin. — L'accalmie s'est accentuée et le malade consent à la prise de température régulière toutes les 4 heures. Il reste apyrétique.

29 juin. — Fièvre d'invasion nette. Plateau à 38° de 8 h. à 16 h.

21 juin. — 1^{er} accès caractéristique à 39°8.

29 juin. — 5^e accès à 41°2 très bien supporté, pas de subictère. Urines d'abondance difficile à déterminer, mais normales en qualité, sauf présence de sels biliaires. Pouls bien frappé à 104. Grosse amélioration du psychisme. L'agressivité a disparu. Du... consent à un examen organique complet du médecin traitant. « Les idées reviennent, dit-il, je sens que j'ai été très

agité et que je vais bien mieux maintenant ». Calme, docile, il est tout particulièrement mieux à la suite de chaque accès; mange de bon appétit, avec ses voisins de chambre. Tendance à l'agitation avant les accès.

30 juin. — Placé dans une chambre mieux aménagée, Du... se montre plus sociable. Il se fait raser et reste calme. Pourtant il manifeste un vif déplaisir à la courte visite de sa sœur. La journée est moins bonne que la veille. Il griffonne des cartes de géographie; il se montre plus irritable.

1^{er} juillet. — 6^e accès à 40°6 précédé d'une invasion qui dure depuis hier 20 heures. Irritabilité plus grande. Il refuse de se laisser faire une piqûre pour frot-tis sanguin. Il accuse sa sœur d'être venue hier pour l'empoisonner. « Elle était fardée, vous ne l'avez donc pas vue? Pourquoi l'avez-vous laissée rentrer? C'est avec son fard qu'elle a voulu m'empoisonner. »

13 juillet. — 10^e accès fébrile à 41°4. Très notable amélioration du psychisme. On administre à partir d'aujourd'hui de la quinine.

16 juillet. — L'état psychique se maintient très bon dans l'ensemble depuis une quinzaine de jours. Mais à la suite d'une visite de son frère venu de la Meuse, il commence de nouveau à s'agiter; les idées de persécution contre sa sœur reprennent.

19 juillet. — L'état d'agitation et d'agressivité ne cède plus; le malade se retrouve sensiblement dans le même état que lors de son arrivée au Val de Grâce. D'accord avec sa famille, on décide de placer le malade à la Maison de Santé de Saint-Maurice.

Nous avons très peu de renseignements sur le séjour de notre malade à Saint-Maurice; nous savons seulement qu'il a présenté un syndrome d'hébéphrénie typique pendant près de deux mois. Cependant son état s'est amélioré. Il est sorti complètement guéri le 19 octobre 1926.

Or, voici les renseignements fournis par la famille et par une amie de la mère du malade.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES ET COLLATÉRAUX

Lourde hérédité psychopathique tant du côté maternel que paternel.

Grand'mère maternelle triste et avare.

Père très intelligent mais jaloux, a présenté des crises d'excitation intermittentes.

Une sœur âgée de 24 ans, intelligente, mais cyclothymique.

Un frère de 25 ans, déprimé constitutionnel, de caractère sombre.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

Le malade intelligent, très sensible et idéaliste, aimait une jeune fille sans fortune et jolie qui tient une grande place dans son délire. La famille de Du... avait entrepris, il y a un an, après son retour du Maroc, pour le détourner de cette affection, de lui faire épouser une autre jeune fille. Cette contrariété aurait joué un grand rôle dans le déséquilibre constitutionnel du sujet. Nous avons vu qu'il avait déjà présenté une bouffée de délire maniaque pendant son service militaire.

OBSERVATION III

Jeanne R... a présenté des troubles mentaux caractérisés par de l'excitation psychique avec fuite des idées, excitation diurne et nocturne, incohérence, désordres des actes. Ces troubles ont débuté à la suite d'un léger état infectieux et se sont manifestés par des modifications du caractère et de l'humeur avec de l'agressivité, de l'impulsivité et de l'hostilité familiale.

Considérée comme une hébéphrénique, elle a guéri et est sortie.

Antécédents héréditaires : mère internée à Maison Blanche, pour excitation maniaque, en 1925.

OBSERVATION IV

Mademoiselle Du..., 20 ans.

A présenté un syndrome hétéphrénique caractérisé par de l'agitation incohérente par intervalles, des fugues, de l'impulsivité, des tentatives de suicide. Discordance affective, négativisme, opposition, stéréotypies; refus d'aliments.

Est sortie guérie.

Antécédents héréditaires : père déprimé constitutionnel; phénomènes anxieux au moment de la maladie de sa fille.

OBSERVATION V

Mademoiselle S..., 19 ans, a présenté un syndrome hétéphrénique, caractérisé par de l'excitation psychique, avec agitation motrice, violences, logorrhée, verbigération, incohérence des propos, fuite⁹ des idées; préoccupations érotiques; opposition et négativisme absolus. Hostilité à l'égard de la famille et de l'entourage. Refus d'alimentation; attitude recroquevillée dans son lit.

Agitation catatonique intermittente extrêmement violente, entrecoupée de périodes d'immobilité cataleptique; mimique discordante, grimaces. Troubles vaso-moteurs notables; brusques bouffées anxieuses avec hallucinations auditives probables.

Cet état se maintient identique, pendant deux mois environ; puis la plupart des symptômes persistent mais diminuent d'intensité, en particulier l'agitation catatonique et les bouffées anxieuses. Mais la malade reste négativiste, incurieuse et toujours très discordante dans son affectivité. En raison de son calme relatif, la famille demande la sortie de Mlle S., sortie qui est accordée.

Le docteur Daday est resté en relation avec la famille et a appris la guérison de la malade; celle-ci lui a écrit pour le remercier des soins qu'elle a reçus; dans sa lettre, elle lui fait part du retour de sa santé à l'état normal; son affectivité et son activité sont tout à fait normales.

Antécédents héréditaires : Le père est un grand cyclothymique qui, depuis 15 ans, présente des périodes de dépression mélancolique typique et d'excitation maniaque très accentuée; il a été traité à l'hôpital Henri Rousselle pour excitation maniaque au moment même où sa fille était traitée à la Maison Nationale de Santé de Saint-Maurice.

Voici maintenant une observation qu'ont bien voulu nous communiquer MM. Vignaud et Leclerc, médecins à la Maison de Santé de Vanves : C'est une jeune fille qui a présenté pendant plusieurs années un syndrome hétérophrénique pour lequel un pronostic sombre pouvait être porté; or, elle est sortie de la Maison de santé guérie et un an plus tard la guérison était confirmée ainsi que le montrera l'observation.

OBSERVATION VI (communiquée par MM. Vignaud
et Leclerc)

Mademoiselle Louise D., âgée de 23 ans, sans profession, entre à la Maison de Santé de Vannes, le 21 avril 1928; elle vient du Vésinet avec le certificat d'entrée : « Hébéphrénie caractérisée par des hallucinations presque constantes et des crises d'agitation pendant lesquelles elle brise tous les objets qui sont à sa portée et se livre à des voies de fait sur les personnes de son entourage. Cet état de choses dure depuis un an environ et va plutôt en s'aggravant de plus en plus; en conséquence, il est indispensable que la jeune malade soit conduite dans une maison spéciale. »

Le certificat de 24 heures porte : « *Démence précoce* avec crises d'agitation impulsive, négativisme, désordre dans les propos et les actes, violences contre les personnes et les objets, habitudes de destruction, malpropreté. »

Antécédents héréditaires : Louise a une hérédité très chargée; voici ce que nous confie un cousin, docteur en médecine, en Belgique :

Aïeul paternel « colloqué » à 35 ans, durant 40 ans à Evère jusqu'à sa mort en 1895, après une vie industrielle active; père de sept enfants.

Grand-père paternel, mort avant la guerre à 61 ans de P. G. à évolution rapide (syphilis contractée à

l'âge de 55 ans, à forme « neurotrope », soignée seulement un an avant la mort). Cette syphilis contractée tardivement ne peut donc être incriminée dans l'hérédité.

Grand'mère paternelle, toujours vivante et relativement bien portante, 75 ans, mais entachée de « nervosisme »; elle a eu un frère, professeur de l'Université, qui a été « colloqué » durant les quelques années qui ont précédé sa mort, à l'asile. Diagnostic : paranoïa.

Le père, le mieux équilibré des siens, est un positif en affaires; à la suite de revers et de peines familiales, il est devenu un dyspeptique à ulcérations gastriques ou plutôt érosions; n'a pas été opéré et s'est rétabli graduellement. Allure de cyclothymique léger. Son frère et sa sœur sont des excités constitutionnels.

La mère est un peu irritable, légèrement excitée, fille d'un toxicomane (café et alcool).

Les antécédents personnels de notre malade ne sont pas moins chargés : Née à terme, après une grossesse normale, elle s'est élevée facilement, l'intelligence fut brillante et elle fit de très bonnes études.

Pas de convulsions, ni d'incontinence d'urine tardive.

La puberté fut difficile, les règles douloureuses.

A quinze ans elle fut amenée à son cousin, le médecin, pour troubles génitaux et colite muco-membra-

neuse ; il trouva quelques troubles psychiques que nient les parents. Après un traitement diététique approprié et opothératique (ovarine et extrait hypophysaire) joint à un traitement hydrothérapique, elle fit un séjour à la campagne, puis à la mer ; il se produisit une amélioration plus apparente que réelle. A 17 ans, éclate chez la malade, un délire mégalomane aigu non systématisé à l'occasion d'une visite du prince Léopold de Belgique dans la ville où elle se trouvait. On l'isole quelque temps, dans sa famille, mais elle devient irritable et présente des crises impulsives et on est obligé de l'isoler à l'Institut du Doc-Laruelle à Bruxelles ; là elle présente une agitation extrême durant quelques semaines, puis apparaît un état fébrile avec température élevée, avec « sopor » durant 15 jours. Les médecins de Bruxelles repoussent le diagnostic d'hébéphrénie, pensant qu'il s'agit d'un état infectieux avec excitation maniaque symptomatique. Peu à peu, l'état physique s'améliore, puis l'état mental s'améliore à son tour. Elle fait alors un séjour de 6 mois à Paris chez le Docteur Sollier qui ne croit pas lui non plus à l'hébéphénie.

Elle rentre chez elle, vit à la campagne ; « il persiste, dit le cousin, une légère déchéance intellectuelle, mais on me traite de pessimiste et elle revient en pension à Paris malgré mon avis contraire. » Après trois mois de pension, éclate une nouvelle crise d'excitation avec délire ; Louise fait alors un séjour de 6 mois au Vésinet ; elle en sort en rémission complète ; elle rentre chez elle et cette rémission dure deux années.

Pendant l'hiver 1926-1927, sa mère l'entraîne dans une vie mondaine très intense ; elle assiste à 40 bals ; mais en mai 1927, elle refait une nouvelle crise de subexcitation ; on décide de la conduire au calme à la campagne ; mais après 15 jours de séjour, on est obligé de la ramener au Vésinet.

Là, elle présente des alternatives de calme et d'excitation avec refus intermittent des aliments ; elle est de temps en temps assez calme pour qu'on puisse penser à une guérison prochaine. Les médecins du Vésinet pensent à un nouvel accès de manie aiguë.

Mais en fin de 1927, on appelle le Docteur Lévy-Valensi, professeur agrégé de psychiatrie à la Faculté de Médecine de Paris, qui fait le diagnostic d'hébéphrénie au début et émet un pronostic réservé.

Pendant les premiers mois de 1928, au Vésinet, les crises d'excitation avec malpropreté habituelle sont devenues de plus en plus fréquentes. Louise devient violente vis à vis du personnel ; elle refuse souvent de s'alimenter finalement tombe dans un état de déchéance physique profond avec escarre. C'est alors que la famille sur les conseils des médecins du Vésinet, se décide à la faire entrer à la Maison de Santé de Vanves où elle est admise le 21 avril 1928.

Elle présente une vive excitation intellectuelle, avec propos incohérents et idées de grandeur ; elle déclare « Je suis la duchesse de Brabant ; je me marie aujourd'hui avec le prince Léopold ». Au cours de crises impulsives violentes, elle cherche à fapper les infir-

mières, elle déchire le linge qui est laissé à sa portée. Elle tient des propos érotiques. Gâtisme habituel ; elle fait quelques petites escarres fessières. L'état général est mauvais.

Au point de vue somatique, on trouve peu de chose :

Pupilles normales, réagissant bien.

Pas de tremblement de la langue, pas d'embarras de la parole ; réflexes vifs ; pas de troubles sensitifs ni moteurs.

La malade s'alimente bien, présente même de la boulimie ; elle est constipée.

L'examen des urines ne révèle rien d'anormal.

Le Bordet Wassermann est négatif dans le sang et le L.C.R.

Aménorrhée depuis le début des troubles.

Au 1^{er} mai 1928, la malade est toujours excitée ; on note du désordre des actes, de l'insomnie ; la malade tient toujours des propos incohérents, elle crie, chante. Elle reçoit tous les 2 jours une piqûre sous-cutanée de 5 centigrammes de méthylarsinate de soude : son poids augmente de 1 kilog 300 en 21 jours. L'état général se modifie sans que l'état mental s'améliore.

Le 24 juillet 1928 on note : même état d'agitation incohérente, idées de grandeur, malpropreté, insomnie, violences. S'alimente bien. Etat général satisfaisant. Guérison des escarres.

Le 2 août 1928, elle sort une grande partie de la journée dans la cour de son pavillon et même dans le parc. Son état habituel de constipation s'est amélioré ; mais elle est toujours gâteuse.

Le 10 septembre 1928, on commence à administrer deux cachets par jour de lobe postérieur de l'hypophyse à 5 centigrammes, jusqu'au 26 septembre, sans obtenir d'amélioration. Le 28 septembre, les règles qui étaient suspendues depuis le début des troubles réapparaissent pour la 1^{re} fois ; elles sont peu abondantes, elles réapparaîtront de nouveau le 5 novembre. La malade continue à engraisser, mais l'état mental est toujours le même. Les règles reviennent désormais tout à fait normales et régulières en décembre et janvier.

M. Vignaud nous a communiqué trois lettres que la malade écrivit en janvier ; nous en reproduisons le texte regrettant de ne pouvoir en publier la forme ; écrites au crayon, sans ordre, sur du papier où elle a dessiné des maisons d'une façon puérile ; ratures nombreuses ; gribouillages. Nous respectons l'orthographe et la ponctuation.

La première de ces lettres est adressée au Roi des Belges :

Bet - Mon cher Roi des Belges.

depuis que je suis installée - Installée dans une chapelle sous une chaise au sucreries betteraves 5000 francs. Hydrothérapie. avec un peu de 0,75 — 1 petit frère — Des légumes nageant et les plats refroidis-

saient et la foule. Tu veux dire Dieu — Au Maroc ça termes — Rue des Ormes à marche-Louise, Hélène, Caroline, Thyriónase, Filasse.

Louissette D...

La deuxième lettre écrite probablement à sa sœur est écrite sur la même feuille que celle adressée au Roi des Belges, dans l'espace laissé en blanc; la malade écrit seulement :

Sur Sœur Elisabeth

Astrid doit venir se rendre visite à 9 heures du sœur.

La troisième est adressée au Docteur Vignaud

Docteur Vigor à Vanves Seine et Oise Avenue de Billancourt Né au Vésinet, aux Moulinaux avec son aéroplane, derrière son derrière assise des Fontainebleau supriepèthe Dargent. Tu est un homme très bête.

5f 5 millions
Fuillette

Le 20 avril 1929 on signale que depuis quelques jours la malade est un peu plus troublée ; elle présente un tic qui consiste en expirations saccadées par le nez; il semble qu'elle ait été un peu troublée par le changement de pavillon effectué au début du mois. L'alimentation devient difficile ; elle tient des soliloques à voix basse.

A la fin du mois de mai et pendant la première quinzaine de juin on est obligé à plusieurs reprises de pratiquer l'alimentation artificielle à la sonde.

Au 1^{er} août 1929, on note une détente sensible; la malade est revenue au calme, s'alimente bien, se livre à des travaux d'aiguille; elle dort mieux; le jour, elle se promène dans le parc et semble prendre du plaisir à ses promenades; au cours d'une visite que lui à faite son père elle s'est montrée très affectueuse avec lui. Cependant elle paraît toujours absorbée; elle ne répond que par monosyllabes aux questions qui lui sont posées; ou bien elle répète à chacune des visites des médecins la même demande: « Je voudrais faire un petit tour en ville avec ma garde » mais tout cela d'une façon bébéique; aussitôt elle penche la tête sur son ouvrage et s'absorbe à nouveau. Elle commet des erreurs grossières de mémoire; elle situe Mons dans le Brabant puis dans le Luisbourg.

Pendant quelques jours vraisemblablement poussée par la garde, elle demande à assister à la Messe; le 18 août, elle est autorisée à y aller et elle s'y tient très bien.

Le 19 août, elle se lève spontanément à l'arrivée d'un de ses médecins, lui tend la main et sourit; elle répond d'une façon normale aux questions qui lui sont posées, les progrès de l'amélioration vont s'accroître; à chaque fois que l'on entre dans son pavillon, Louise vient au devant du médecin et engage la

conversation avec lui. Elle ne fait pas encore preuve de beaucoup d'initiative; à part sa petite phrase rituelle par laquelle elle demande à faire une petite promenade en dehors, elle ne réclame rien d'autre. Lorsqu'on lui demande ce qu'elle désire, en l'aiguillant un peu, elle demande alors à rentrer chez elle ; elle déclare qu'elle serait heureuse de recevoir la visite de son père et de sa mère.

Au début de septembre 1929, elle est autorisée à aller jouer du piano, ce qui paraît lui faire plaisir. A cette époque, en l'interrogeant on constate un trou énorme dans sa mémoire. Elle croit qu'elle n'est ici que depuis mai 1929, alors qu'elle est rentrée en 1928 (avril) ; elle a totalement oublié le séjour au Vésinet qui a précédé son arrivée à Vanves. Elle ne se souvient pas des visites que lui ont faites ici son cousin, le Docteur Thyriion, sa mère et même une tante qui est venue la voir en mai 1929. Elle ne semble se souvenir que de la dernière visite de son père en juillet dernier. Elle ne paraît pas souffrir du milieu dans lequel elle vit, de son entourage, elle ne réclame pas la visite des siens. Elle insiste surtout sur des choses secondaires, telle la petite promenade en dehors de la Maison de Santé. Interrogée à nouveau, elle répond d'une façon convenable aux questions sur la géographie de la Belgique et paraît beaucoup mieux orientée dans le temps et l'espace.

Elle ne demande pas à écrire aux siens ; mais comme on le lui propose, elle paraît enchantée qu'on le

lui ait suggéré, ayant l'air de dire : « Mais oui, c'est vrai, comment n'y avais-je pas pensé ? »

Le 11 septembre 1929, elle écrit à sa mère la lettre que nous reproduisons :

Ma chère Maman,

Il y a tellement longtemps que je ne t'ai pas vue ! Je me porte à merveille, mais je voudrais bien retourner à la maison. Tous les après-midis, je me promène dans un grand parc, mais c'est bien monotone. J'ai fait plusieurs ouvrages de main dont un tapis au point noué et au point de feston qui est terminé. Pour le moment, le temps est merveilleux et voilà plusieurs jours que nous n'avons pas eu une seule goutte de pluie.

Comment vont Suzanne, Renée et Armand ? Je voudrais beaucoup avoir de leurs nouvelles. Viens me rechercher le plus vite possible, chère maman, je serais si contente de vous revoir tous.

Je t'embrasse de tout cœur, sans oublier papa.

Ta fille affectionnée,

Louissette.

Le 19 septembre 1929, Louise reçoit la visite de ses parents, elle est très émue, se jette en pleurs dans les bras de sa mère, puis de son père, elle s'informe de ses frères et sœurs, s'occupe de mille détails, son af-

fectivité est redevenue normale. Elle demande à partir, mais elle consent assez facilement à prolonger son séjour.

15 jours plus tard, elle n'a pas écrit à ses parents depuis leur visite ; elle paraît toujours préoccupée de faire sa promenade, elle continue à faire du piano. Elle s'occupe toujours de ses travaux d'aiguille. Aimable, souriante, elle n'a cependant pas encore retrouvé son parfait équilibre.

En novembre, l'amélioration s'est encore accentuée la malade s'occupe toujours beaucoup ; piano, travaux d'aiguille, lecture constituent ses distractions principales, elle ne fait aucune récrimination ; mais bien que l'ayant formellement promis, elle n'a pas écrit à ses parents.

Au mois de décembre, on lui annonce qu'elle est malade depuis deux ans et demi et qu'elle a quitté sa famille depuis tout ce temps, alors qu'elle se croit malade depuis 4 mois seulement. Elle accepte cette rectification sans difficultés et sans gros choc émotif, bien qu'elle se montre très surprise. Elle n'a pas écrit à sa famille.

Vers la fin du mois, elle reçoit la visite de son père, et de son frère qu'elle n'avait pas vu depuis son départ de chez ses parents ; elle l'accueille avec grande joie et lui promet formellement d'écrire à sa mère pour le Nouvel An.

Le 3 janvier 1930, elle n'a pas encore écrit et comme on lui demande le pourquoi, elle répond : « Je vais le faire, mais je n'aime pas écrire ; je n'ai d'ailleurs jamais aimé écrire. »

En février, l'amélioration s'accroît et la malade sort le 11 mars 1930 guérie.

Le 24 octobre 1931, soit un an et demi après sa sortie, elle est venue rendre visite à M. le Dr Vignaud à Vanves, au cours d'un voyage qu'elle a fait à Paris à l'occasion de l'Exposition Coloniale; elle est en excellente santé physique; la guérison de l'accès persiste et Mademoiselle D... vit dans sa famille depuis sa sortie, après avoir passé quelque temps dans une pension de famille ; elle a paru tout à fait normale, bien que légèrement excitée à MM. Vignaud et Leclerc.

Lorsque nous assistions M. Paul Abély, à l'asile départemental de Tours, nous avons pu observer deux malades atteintes de démence précoce qui ont guéri complètement ; toutes les deux ont quitté l'asile et les renseignements que nous avons obtenus tout récemment nous prouvent que la guérison persiste depuis près de deux ans pour la première et trois ans pour la seconde.

OBSERVATION VII (Asile départemental de Tours)

Mlle Pé.... France, célibataire, âgée de 35 ans, entre à l'asile, le 11 février 1927, avec le certificat suivant :

« Présente des troubles mentaux avec hallucinations, idées délirantes ; profère des menaces de mort contre son entourage ».

Les renseignements fournis par la famille nous apprennent que la malade était très intelligente, mais un peu fantasque et déséquilibrée. Les troubles auraient débuté assez récemment. La malade soignée pour anémie aurait présenté quelques préoccupations hypocondriaques à la suite de surmenage. Elle devint délirante et agitée. Après une accalmie de quelques jours, les troubles reparaissent et la malade rentre à l'asile.

A son arrivée, elle présente de l'excitation psychique incohérente et une agitation motrice extrême et désordonnée, des extravagances ; elle refuse de s'alimenter.

Pendant près de deux ans, ces troubles persistent, sauf la sitiophobie qui disparaît au bout de quelques semaines.

La malade chante, gesticule, monte sur les tables, les sièges, les meubles ; elle court dans les couloirs du pensionnat ; elle brise des vitres, déchire son linge, ses draps.

Elle a des impulsions excessivement brutales, sans motif, sans aucune tonalité affective.

A plusieurs reprises on doit la laisser couchée et camisolée.

Elle présente une indifférence affective complète ; elle refuse de descendre au parloir, les jours de visite.

Elle est contente de son sort : Je suis bien ici, je ne veux pas sortir ».

Très maniérée, grimaçante, avec des attitudes catatoniques, elle montre une mimique discordante ; elle éclate de rire ou bien pleure sans aucun motif.

Elle est hallucinée ; elle entend des voix ; elle voit Landru, le Diable.

Les propos qu'elle tient sont tout à fait incohérents, à base de néologismes, de salades de mots volontaires.

Elle est gâteuse par intermittences.

Au point de vue somatique, on note peu de chose :

Légère inégalité pupillaire ; la pupille gauche est plus grande que la pupille droite ; elles réagissent bien ;

Les réflexes patellaires sont normaux ;

Le B.W. est négatif dans le sang et le L.C.R.

Devant un tel tableau clinique, le diagnostic de démence précoce à forme catatonique nous semble évident et nous formulons un pronostic tout à fait réservé.

En mai 1930, on fait un abcès de fixation qui ne donne aucun résultat. Tous les bulletins de santé comportent : « Bon état physique ; état mental sans changement ».

Cependant, en juin 1930, son état semble s'améliorer. Le 30 juin, le Docteur Abély autorise une sortie d'essai, pendant laquelle la malade se comporte bien ; le 1^{er} août, la sortie définitive est signée.

La guérison s'est maintenue complète, tant au point de vue de l'affectivité que de l'activité; la malade a repris sa vie normale.

Dans les antécédents héréditaires, on ne trouve pas d'internements, mais le Grand-Père paternel et le Père sont des déséquilibrés cyclothymiques évidents et appréciés comme tels par leur entourage.

OBSERVATION VIII (Asile départemental de Tours)

Mme M.... Hélène, âgée de 27 ans, commerçante, entre à l'asile de Tours, le 5 mars 1928, pour la première fois. Elle présente des troubles mentaux avec agitation motrice extrême, dit le certificat d'entrée, désordre des propos et des actes, dépression ; elle reste internée jusqu'au 3 juillet, date à laquelle elle sort, améliorée, à la demande et sous la responsabilité de sa famille. Mais après quelques jours de rémission, son état s'est aggravé et on nous la ramène à nouveau à l'asile, le 7 juillet, avec le certificat suivant : « Présente des troubles mentaux graves, avec dépression physique ; idées délirantes polymorphes, hallucinations, fugue en automobile, le 6 juillet à Blois, sans connaître le but du voyage. Obsessions, torpeur, impulsions ».

La malade tient des propos incohérents : « Je n'ai jamais fait volte-face dans certains voyages que j'ai faits ».

Interprétative, elle dit : « Il doit y avoir un appareil de T.S.F. de branché, parce que j'ai entendu des voix ». « J'ai eu de beaux enfants, mais je n'en ai plus ; je ne sais pas ce qu'ils sont devenus ».

Elle est très maniérée.

Elle présente des troubles hallucinatoires très marqués, des idées délirantes de persécution, du négativisme, de l'opposition ; elle refuse de répondre à nos questions.

L'indifférence affective est complète, remplacée par de l'hostilité vis-à-vis de son mari qu'elle injurait et brutalisait. Elle refuse de le voir, de lui écrire. A l'égard du médecin, elle est agressive et hostile ; elle frappe les sœurs chargées de la soigner.

Très impulsive, elle brise différents objets.

Elle refuse de se lever ; elle urine au lit.

Son désintérêt est complet, à l'entrée ; depuis plusieurs mois, elle ne s'occupait plus du tout de son commerce important d'alimentation ; à l'asile, elle reste inactive.

Au point de vue somatique rien d'anormal : le R. O. C. est faible ; le B. W. est négatif dans le sang et le L. C. R.

En présence de cet état mental, devant la persistance des symptômes, le diagnostic d'Hébéphrénocatatonie est posé.

Cependant, en avril 1929, on note une amélioration qui va aller en s'accroissant. La malade commence

à s'intéresser à de petits travaux de broderie, son hostilité à l'égard de sa famille diminue; hallucinations, idées délirantes de persécution disparaissent; la malade reste un peu déprimée.

En juin 1929, elle sort de l'asile guérie; depuis elle a repris ses occupations et une vie normale.

Les antécédents héréditaires et collatéraux sont très chargés; ils relèvent de la cyclothymie; l'hérédité est convergente.

Le père n'a jamais été interné, très actif, c'est un excité constitutionnel, bon vivant, aimant les fêtes, les bons repas; coléreux, il s'emballe facilement. Il répond au type *Pyknique*.

La mère, internée à l'asile de Tours pour excitation maniaque, y est décédée de méningite tuberculeuse.

Une sœur a été internée deux fois à l'asile de Tours pour excitation maniaque (1923 et 1928).

4 sœurs sont décédées de tuberculose.

Antécédents personnels de la malade :

La malade aurait présenté, en 1919 un accès maniaque de courte durée.

Ajoutons pour terminer, que Mme M... répond, comme son père, au type *pyknique*.

A l'asile de Villejuif, nous avons trouvé plusieurs observations de déments précoces qui ont évolué vers la guérison et cette guérison s'est maintenue de-

puis leur sortie de l'asile; nous allons, maintenant, citer les observations de trois de ces malades.

OBSERVATION IX (Asile de Villejuif)

M. Le..., âgé de 25 ans, célibataire, imprimeur, est amené de l'hôpital Tenon à l'hôpital Henri Rousselle, le 8 décembre 1926. Là, on délivre le certificat suivant : « Est atteint de troubles mentaux caractérisés par un mutisme complet, du négativisme, de l'opposition intermittente à forme catatonique : gestes maniérés et stéréotypés, grimaces. Sitiophobie. Etat physique médiocre; double pied bot congénital ».

Le certificat immédiat du 9 décembre comporte : « Etat d'hébéphrénie, opposition, mutisme, gâtisme ».

On transfère le malade à l'asile de Villejuif, le 12 décembre 1926; on note à l'entrée : « Mutisme entrecoupé de phrases sans signification, sitiophobie, négativisme ».

Le malade est alité; il est agité turbulent, il parle sans cesse, d'une façon tout à fait incohérente; parfois, il pousse de véritables vociférations, troublant le repos et la tranquillité des autres malades. Tous ces bavardages ont pour sujet les organes génitaux des deux sexes et leurs rapports commentés et exagérés d'une façon insensée. Discours grotesques. Il est gâteux.

Le malade reste alité, jusqu'en mai 1927. A cette

époque, une légère amélioration se manifeste, il se lève, cesse d'être gâteux. Il recommence à s'occuper, son agitation désordonnée s'atténue; en même temps l'état physique s'améliore; en mai, il pèse 48.800 kgs. en juillet, il pèse 54.500 kgs.

Le 19 août 1927, on délivre le certificat suivant :
« Hébéphréno-catatonie. Rémission complète depuis deux mois; le malade s'occupe régulièrement, répond correctement aux questions qui lui sont posées, ne présente pas d'agitation ni de catatonie. Peut être rendu à sa mère qui le réclame ».

L'Hérédité est la suivante :

Le père, décédé de grippe, était un *buveur* intermittent.

Un frère est décédé de rougeole et méningite; il avait deux pieds bots.

Un frère est mort à 5 ans de pleurésie.

Un frère est mort à 18 mois de méningite.

La sœur aînée a été internée à 23 ans, à la Salpêtrière pendant 1 an pour un accès *d'excitation maniaque* qui a guéri.

OBSERVATION X (Asile de Villejuif)

M. C..., 18 ans, célibataire, garçon de café, entre à l'hôpital Henri Rousselle, le 26 octobre 1929; il présente des troubles mentaux caractérisés par de l'in-

différence affective; troubles de l'association des idées, allant parfois jusqu'à l'incohérence, monotonie de l'élocution. Discordance entre la minique et les propos. Sourires inadaptés. Idées mystiques associées à de vagues idées de persécution. Explications confuses. Hostilité à l'égard de son père qui trouvait qu'il faisait trop de signes de croix. Stéréotypies d'attitude. Fonds débile probable. Difficultés pour s'instruire lorsqu'il était jeune. Définition par l'image. Emplois secondaires. Asymétrie faciale. Voûte palatine ogivale. Acrocyanose. Acné du visage ».

Il entre à Villejuif, le 28 octobre 1929; son certificat immédiat comporte : Est atteint de Schizophrénie, sentiment d'irréel et d'emprise psychique, troubles associatifs conscients, indifférence affective, irritabilité; négativisme, ambivalence psychique, idées de persécution transitoires, idées mystiques; idées de suicide ».

Le certificat de quinzaine, le 12 novembre 1929, est ainsi conçu : « Est atteint de Schizophrénie ; sentiment d'impuissance psychique; imprécision des idées, troubles des associations, difficultés de l'expression verbale, délire imaginatif polymorphe, inactivité; indifférence affective, troubles vaso moteurs ».

Le malade est bien orienté, mnésique. On lui demande : « A la suite de quoi êtes-vous entré ici? » il répond : « à la suite de mauvaises idées et de blasphème contre Dieu, intérieurement.

— Vous sentez-vous malade? — Je ne suis pas tout à fait normal, de mauvaises idées viennent dans mon esprit; je suis allé voir un docteur pour rentrer dans un séminaire. Cette idée m'est venue un mois avant d'aller chez le docteur; j'ai beaucoup souffert.

— Depuis quand êtes-vous malade? depuis 4 ans; rentré dans la croyance religieuse depuis 7 mois, j'ai eu à souffrir depuis un mois de mauvaises idées venant à mon esprit.

— Que comptez-vous faire? — Rentrer dans un séminaire s'il m'est possible. » « Je n'arrive pas à fixer mon attention pendant mes prières. Au lieu de voir le visage du Christ, je vois d'autres visages humains. » Pendant ses prières, il voit sa maison « qui est en train d'étrangler quelqu'un, bien qu'elle reste à la même place ».

Il présente des hallucinations psychiques « voix distinctes qui viennent de lui-même ».

Les hallucinations ont pris un caractère impératif: « on l'oblige à répéter le blasphème qu'il a entendu ».

Dieu a des regards pour lui; lorsqu'il s'est trouvé très faible d'esprit, il a été inspiré par Ste Thérèse. Il prie près de la lumière du jour.

Il a présenté des idées de suicide à la suite d'un amour « par imagination » déçu.

Son indifférence affective est complète; il a même de l'hostilité pour son père.

Il est discordant dans sa mimique.

Il répète d'une façon stéréotypée certains mots « fils indigne » par exemple.

Il reste calme, docile, passe ses journées en prières, à genoux dans un coin.

Ce malade s'améliore vers le mois d'octobre 1929, l'amélioration psychique se fait parallèlement à celle du physique.

En six mois le poids du malade augmente de 19 kgs. Il sort guéri le 24 avril 1930.

Sa guérison est complète et persiste jusqu'à ce jour.

Dans les antécédents héréditaires et collatéraux on trouve :

Père alcoolique.

Grand'mère maternelle *excitée constitutionnelle*.

Tante maternelle internée à Ville Evrad, pour *excitation maniaque* après accouchement, pendant 6 mois.

Grand-père maternel mort de tuberculose.

Le malade n'avait aucun sentiment religieux avant sa maladie. Il se livrait à l'onanisme depuis 2 ans; depuis son accès de délire mystique; il continue disant que « tout le monde le fait ».

OBSERVATION XI (Asile de Villejuif)

Le jeune Il... David, israélite, âgé de 16 ans, célibataire, menuisier, entre à Villejuif, le 6 juin 1925, avec le certificat : « Présente des troubles mentaux carac-

térisés par un affaiblissement énorme des facultés intellectuelles. Catatonie. Crises furieuses pendant lesquelles il menace et frappe ses voisins et son infirmier. Le malade atteint vraisemblablement de démence précoce, dangereux pour l'entourage, doit être interné ».

(Docteur Chiray, Hotel Dieu)

A son passage à l'Admission le Dr Colin signale : « Confusion mentale avec agitation violente. Mutisme. Langue sèche ».

A son entrée à Villejuif, le Dr Rogues de Fursac note : « Présente un syndrome catatonique. Impulsions. Anxiété épisodique ».

5 juin 1925. Expression concentrée du visage. Le malade regarde parfois avec inquiétude autour de lui. Il se lève, puis s'assied de nouveau, il cherche à partir.

Il refuse presque complètement de parler : « Ce n'est pas la peine, je ne sais pas ». Il dit cependant qu'il a 16 ans, qu'il est né à Londres, qu'il est israélite.

Il a été à l'école; son instruction est rudimentaire, cependant il peut faire quelques petits calculs.

$$3 \times 8 = 24$$

$$9 \times 5 = 45$$

Il est incapable de faire l'épreuve des « A barrés ».

Il parle seul, spontanément, à voix basse. Il pleure mais sans pouvoir dire pourquoi. Marmottements.

Le malade présente du négativisme, il refuse formellement de lire un article de journal à haute voix; il refuse d'exécuter les ordres (se lever, s'en aller).

Les mouvements sont très lents; il ébauche un geste, mais ne le finit pas.

Le visage est le plus souvent immobile; cependant on peut noter parfois quelques sourires stéréotypés, alternant avec des pleurs.

Au dortoir, très turbulent, il se lève souvent de son lit pour enjamber d'un bond la bande de linoléum du dortoir. On doit le maintenir camisolé.

7 juin. Agité par intervalles, peu loquace; il veut s'en aller à la Glacière, mais ne veut pas dire pourquoi : « Vous le savez aussi bien que moi, dit-il ». Il paraît absorbé dans une profonde méditation.

10 juin. Toujours agité d'une façon intermittente; il frappe dans la porte de sa chambre; il répète toujours les mêmes mots.

14 juin. Le malade est plus calme; il se lève et se tient bien; cependant il est toujours aussi peu loquace et aussi pensif.

18 juin. Calme, il refuse de se lever.

On le pèse et son poids est de 57 kgs 500.

25 juin. Le malade agité a frappé d'autres malades, les infirmiers.

Cet état se prolonge, identique avec des période de calme de quelques semaines alternant avec des périodes d'agitation, d'impulsivité, il casse des carreaux, salit les murs, frappe les autres malades. Il ne peut se livrer à aucun travail.

Le dossier du malade contient de nombreuses lettres et des écrits tout à fait incohérents, avec énumération de mots, déformations des mots, néologismes, salades de mots, obscénités.

Voici quelques uns de ses écrits (*sic*) : « Yvonne Vallée.

Dites Chevalésiers, la jumens veus une vache, qui a pire pire chauttes à evers dues bains a se suis suis dens lase donne. Mais dues a marle jouiscons se demendes, le mendes de la jaicence tues medise a tues vois bain. 25 1925 Toute les fleurres je les fane à la sifilos chautes pise a je vais la creve sales pu..., M....

Une fable (*sic*)

Tu *ais* K... a
la plus *cokine*
la plus Pu....e
du *cartier*
St-Martin
Tu vas la nuit dans
les Bo..., etc, etc.

Lorsqu'il parle de lui, souvent il emploie la 3^e personne :

« David va bien...; David désire te voir ».

L'état reste stationnaire pendant plus de 4 ans; cependant en décembre 1929, les troubles mentaux semblent s'amender; le malade va mieux physiquement; cette amélioration ira en s'accroissant et le 15 juin 1930, la sortie est signée.

Les renseignements fournis récemment par l'oncle à qui il a été confié témoignent de la persistance de cette guérison.

Dans les antécédents héréditaires nous trouvons :

Une tante maternelle est morte à Villejuif en 1915.

La mère a présenté un goître exophtalmique, alors qu'elle était enceinte de la sœur aînée du malade. Bien que jamais internée, c'est une *déséquilibrée constitutionnelle, hypomaniaque, érotique, instable*, mise à la porte de toutes les places qu'elle occupe.

Si nous avons pu poursuivre nos recherches sur un temps beaucoup plus long et étendre le cadre de nos investigations, nous ne doutons pas que nous aurions pu apporter ici de plus nombreuses observations de malades étiquetés déments précoces (d'ailleurs avec une grande précision clinique) et qui ont guéri à la faveur ou en tout cas avec la coïncidence d'une hérédité cyclothymique.

C'est ainsi que dans un service d'hommes d'un important asile de la Seine, en consultant les registres de sorties pour l'année 1929, nous avons trouvé que 6 hébréphréniques seulement avaient obtenu leur libération; sur ces 6, deux présentaient une hérédité cyclothymique manifeste. Ces deux derniers vivent encore à l'extérieur, alors que parmi les 4 restant, deux ont du réintégrer l'asile quelques mois après.

D'ailleurs nous nous empressons de dire que cette heureuse proportion (le 1/3 ici) n'est pas habituelle; mais aussi nous devons répéter que bien souvent, nous n'avons pas trouvé mention d'hérédité dans les observations que nous avons consultées.

Il était dans notre intention de compléter ce travail par l'étude morphologique, selon les conceptions de Kretschmer, des ascendants des malades que nous avons groupés. Il aurait été particulièrement intéressant de rechercher et d'essayer de retrouver chez ces déments précoces guéris ou arrêtés dans leur évolution, un type morphologique familial ou au contraire un type nouveau. Nous nous sommes rapidement heurté à de telles difficultés que nous avons du y renoncer.

Ce qui nous paraît devoir être retenu de ce deuxième chapitre, c'est qu'il semble que l'hérédité cyclothymique constitue dans une certaine mesure un élément favorable dans l'évolution de la schizophrénie et qui permet d'apporter quelques adoucissements dans le pronostic habituellement si sombre de cette psychose.

Nous nous rapprochons en cela de l'opinion de M. Minkowski; voici en effet ce qu'il dit dans son ouvrage « La Schizophrénie » : « Des recherches généalogiques, faites sur une vaste échelle par Mme Minkowka, semblent devoir démontrer que le facteur maniaque ainsi que le facteur épileptique sont capables, chacun à sa façon, d'adoucir le processus schizophrénique, là où ils se rencontrent avec lui, et de retarder, pour ne pas dire supprimer, la désagrégation profonde à laquelle il donne lieu habituellement ».

Cette conclusion qui était le but principal de notre travail est formulée par nous avec le maximum de prudence. Nos recherches encore très incomplètes ont besoin d'être poursuivies pendant une période beaucoup plus longue.

Nous savons enfin combien à la faveur des « croisements » l'hérédité se transforme et modifie son influence dans la descendance. Les travaux de Mme Minkowska nous en fournissent des preuves évidentes.

Nous aurions voulu aussi pouvoir étudier le système végétatif chez les ascendants de nos malades, essayer de voir si une même formule d'équilibre ou de déséquilibre vago-sympathique ne se trouvait pas chez les uns et chez les autres.

De même, nous aurions voulu examiner plus attentivement, le fonctionnement des glandes endocrines chez nos malades et en particulier le fonctionnement de l'hypophyse, afin de découvrir l'état d'hyperhypophysie symptomatique des formes maniaques et

récemment mis en lumière par les travaux de MM. Paul Abély et Passek.

Il est probable en effet que c'est à la faveur d'une hérédité fonctionnelle organique et spécialement endocrino-végétative que s'explique la transmission dans la descendance de la constitution cyclothymique. Mais nous avons dû renoncer à de telles recherches devant la difficulté de retrouver les ascendants ou devant l'opposition systématique de ceux que nous voulions examiner dans ce sens.

Nous nous contentons donc, dans ce modeste travail d'apporter une contribution nouvelle à l'hérédité : l'étude des associations de l'hérédité cyclothymique et de la démence précoce et d'essayer de montrer le rôle de l'une sur l'évolution de l'autre rôle qui nous paraît agir assez souvent dans un sens favorable.



CHAPITRE III

RAPPORTS DE L'HEREDITE CYCLOTHYMIQUE AVEC LES SYNDROMES PSYCHASTHENIQUES ET HYPEREMOTIFS

HÉRÉDITÉ CYCLOTHYMIQUES ET SYNDRÔMES PSYCHASTHÉNIQUES

L'hérédité cyclothymique peut se rencontrer dans toutes les psychoses; mais il nous a semblé qu'on la trouvait surtout associée à la psychasthénie et au déséquilibre émotif constitutionnel.

Dans ces cas, elle imprime à la maladie une marque très particulière, au point que, M. A. Delmas croit voir dans certains états qualifiés de schizophréniques ou mieux de schizoïdes une alliance, une intrication de ces deux syndromes.

L'élément héréditaire mélancolique donne, dans

la psychasthénie, une forme beaucoup plus intermittente aux réactions anxieuses; elle favorise l'ébauche d'idées délirantes, d'indignité et d'auto-accusation qui y sont habituellement rares; elle y fait dominer l'obsession-suicide; elle peut favoriser la réalisation d'impulsions phobiques, réalisation si exceptionnelle dans la psychasthénie pure.

L'élément maniaque héréditaire apporte, lui aussi, un appoint de déformation et quelquefois d'aggravation. Il contribue habituellement à affirmer des idées délirantes d'influence à peine ébauchées, à provoquer des idées de préjudice et souvent des réactions hostiles à type familial, d'ailleurs transitoires, parfois même des idées mégalomaniaques qui cadrent mal avec le tableau habituel de la psychasthénie.

Parfois c'est un élément mixte, à la fois maniaque et dépressif, qui imprime à la maladie un caractère très particulier, tel est le cas dont nous exposons l'observation :

OBSERVATION I (Communiqué par le Dr. V.-D.)

Le 25 août 1931, Monsieur M..., commerçant, âgé de 31 ans, entre à la Maison de Santé avec le certificat ainsi conçu : « Est atteint de troubles mentaux caractérisés par des idées délirantes polymorphes : il est l'auteur d'une horloge qui marche cent ans, de ressorts de montre incassables, etc... On l'hypnotise pour dérober ses découvertes, son esprit est en commu-

nication avec celui d'un médium qui projette ses idées dans un film. On l'empêche de penser et de poursuivre ses recherches. Préoccupations hypocondriaques peur d'avoir une syncope, idées de suicide, état général médiocre ».

A l'entrée à la Maison de Santé, on note : Débilité. Délire polymorphe, idées hypocondriaques, de préjudice, d'influence, d'invention, d'allure maniaque. Malade depuis trois mois, accuse avoir eu une émotion; il aurait voulu construire un balancier à torsion, une pendule qui aurait marché un siècle. Il ajoute : « J'ai l'impression que je suis influencé, que je suis sous la domination de quelqu'un; quand je pense à quelque chose je reçois un coup de trompe ou de klaxon dans l'oreille. J'ai une sorte de barre dans le dos, douloureuse surtout quand ça remonte au cerveau ». Il a l'impression qu'il va s'évanouir, il va être coupé en deux, il se plaint de ne pas dormir, parce qu'il a « la sensation qui lui remonte dans la tête ».

Il présente des hallucinations psychiques; il entend des voix dans sa tête. Il ne pense pas qu'on lui veuille du mal, il ne croit pas qu'on l'empoisonne.

Au dire de la mère, M... était très fatigué depuis décembre 1930; mais les troubles actuels ont pris de l'ampleur en juin dernier.

Il ne tousse pas; il a eu la rougeole à vingt ans et s'est plaint de souffrir de l'estomac, depuis cette époque.

Les pupilles sont un peu paresseuses à la lumière;

la gauche est légèrement plus dilatée que la droite. Les reflexes tendineux sont normaux. Les réactions sérologiques sont négatives dans le L. C. R. et le sang au point de vue syphilis. La dentition est mauvaise, l'état général est mauvais.

Quelque temps après son entrée, il a présenté une crise de mauvaise humeur; il explique qu'on aurait du l'avertir qu'il était en communication avec un médium. Il a l'impression que tout ce que son cerveau conçoit s'enregistre sur un film.

Il présente des crises anxieuses avec *toedium vitae* quand il souffre trop; il se plaint d'impuissance et accuse de l'onanisme.

Mais vers février 1932, on note une amélioration de son état; M... garde encore quelques idées d'influence: les médecins agissent sur lui, mais c'est pour lui faire du bien. Les bruits de la rue évoquent des idées dans son cerveau; il se préoccupe parfois encore d'une invention de pendule perpétuelle; mais il n'ajoute qu'une demi-croyance à ses idées délirantes. Son état physique s'est beaucoup amélioré et cette amélioration du physique est parallèle à celle du psychique; depuis son entrée, son poids a augmenté de 16 kilos.

Lorsque nous avons vu le malade en mars 1932, il allait beaucoup mieux encore un peu triste cependant; il répondait bien aux questions que nous lui posions. Il lit, s'occupe; il garde encore quelques idées hypocondriaques (douleurs thoraciques), il réclame sa sortie et bâtit des projets pour un séjour qu'il dé-

sire faire dans les Alpes ou en Suisse pour se reposer après sa sortie.

L'étude de ses antécédents personnels montre une constitution, psychasthénique qui se manifesta dès la puberté.

L'étude des ascendants de ce malade nous montre une lourde hérédité cyclothymique constituée surtout par des accidents dépressifs.

Antécédents héréditaires :

Le père du malade s'est suicidé, à la suite de préoccupations causées par sa situation et par la maladie d'un enfant. Il avait fait auparavant plusieurs tentatives de suicide.

Le grand père s'est suicidé après une réprimande reçue de ses enfants à la suite d'une fugue. Plusieurs tentatives de suicide auparavant. Alcoolisme.

Une tante s'est suicidé.

Deux autres tantes de caractère mélancolique ont fait des tentatives de suicide.

Il est enfin une particularité mentale qu'il nous a semblé rencontrer quelquefois dans la psychasthénie et que nous signalons très brièvement, sans insister, cela en raison de notre courte expérience clinique : c'est l'apparition de tendances mythomaniaques éclo-ses à la faveur d'une hérédité ou d'une constitution cyclothymique surajoutée.

Chez de tels malades on remarque l'apparition de sentiments paradoxaux; ils ont du psychasthénique : l'émotivité, la timidité, le sentiment d'incomplétude, l'orgueil et, en même temps, la crainte du ridicule et de l'infériorité sociale; mais ils ont du cyclothymique le besoin d'agir, de se dépenser, de briller malgré tout. De ce conflit naissent quelquefois des tendances mythomaniaques compensatrices : récits d'exploits nullement accomplis, titres inexistants attitudes extérieures contraires à leurs habitudes propres, etc...; toutes ces tendances mythomaniaques sont légères, parfaitement appréciées par le sujet, infiniment moins marquées que dans la mythomanie vraie, beaucoup plus nuancées et jamais excessives. Elle disparaissent d'ailleurs au moment des états paroxystiques.

HÉRÉDITÉ CYCLOTHYMIQUE ET HYPEREMOTIVITE

L'hyperémotivité peut être associée à l'hérédité cyclothymique. Cette association imprime quelquefois aux réactions émotives un caractère très particulier, habituellement en les exagérant et surtout en prolongeant leur durée. Dans quelques cas le tableau est si particulier, si impressionnant qu'il réalise à peu de chose près celui d'un état hébéphrénocatatonique, au point que c'est la notion d'hérédité et d'évolution qui permettent seulement d'écarter ce diagnostic. Telles sont les deux observations publiées par M. Paul Abély en 1929.

OBSERVATION II

Mlle D..., est âgée de 22 ans, rien à signaler d'anormal dans ses antécédents personnels. Elle est intelligente, d'un caractère doux, un peu timide, et habituellement très émotive.

Elle porte cependant le poids d'une assez lourde hérédité : un grand oncle a été aliéné, le père est un alcoolique invétéré atteint de polynévrite, un frère à la suite de déception sentimentale a fait deux tentatives de suicide. Le 11 septembre 1927, Mlle D... était seule chez elle. Des ouvriers plaçaient l'électricité dans son domicile. Il était trois heures de l'après-midi elle faisait la sieste sur son lit, dans sa chambre; un ouvrier, pris de boisson, la surprit brusquement, et après une lutte sauvage réussit à la violer. Il fut peu après arrêté et par la suite condamné.

A leur rentrée, une heure après environ, les parents trouvèrent leur fille dans un état d'agitation extrême, en proie à des hallucinations terrifiantes, poussant des cris, essayant de sauter par la fenêtre. La nuit fut particulièrement agitée et délirante, on dut la maintenir.

Nous fûmes appelé dans l'après-midi du lendemain. La phase d'excitation avait alors disparu pour faire place à un état de stupeur. La malade, plongée dans un état complet de sidération, était immobile, les yeux fixes et grands ouverts, ne répondant à aucune

question, refusant de s'alimenter. L'examen physique nous fit découvrir un pouls à 130, un réflexe oculocardiaque nul, un réflexe solaire légèrement positif. Cet état dura 6 jours, puis le tableau clinique se modifia totalement. Mlle D... se mit à parler et à manger, mais elle devint inabordable et d'une hostilité particulièrement marquée à l'égard de sa famille; elle s'isola dans les coins, se mit à se livrer à des soliloques interminables, entrecoupés de grands éclats de rire. Par instant, elle accablait d'injures ceux qui l'entouraient et paraissait répondre à des hallucinations auditives, répétant : « Non je ne suis pas une pu... pourquoi Henri veut-il me faire aller à Londres, etc... ».

Faisant montre d'un négativisme assez accentué, elle refusait d'obéir aux ordres qu'on lui donnait, de prendre ses médicaments, de se livrer aux soins les plus élémentaires d'hygiène.

A noter que tout état confusionnel avait disparu, qu'elle était parfaitement orientée, qu'elle surveillait attentivement tous les gestes, toutes les paroles de son entourage.

Cet état se prolongea, sans modification, pendant trois semaines environ. Bientôt apparurent quelques stéréotypies : celle, par exemple, de s'arracher les cheveux et de les manger. Puis, des impulsions violentes survinrent : bris de vaisselle, bris de glaces, bris d'une chaise et l'hostilité familiale devint telle qu'elle essaya d'étrangler sa mère.

Tout examen physique était impossible en raison de l'opposition.

Mlle D... dut être internée.

Nous pûmes à l'asile examiner plus facilement son état physique : la tachycardie persistait, 120 à 130 le R. O. C. était nettement inversé le réflexe solaire fortement positif.

Le changement de milieu amena une rémission tellement rapide des symptômes qu'au bout d'un mois de séjour elle put sortir complètement guérie.

Depuis un an et demi cette guérison persiste entière. Mlle D... a retrouvé son humeur et son caractère d'autrefois. Elle parle avec calme et un peu de tristesse de sa maladie et du cruel attentat dont elle a été victime.

OBSERVATION III

Mlle G... est âgée de 19 ans. Elle est d'une intelligence un peu au-dessous de la moyenne, d'un caractère un peu fantasque. A l'école, elle n'a pas pu obtenir son certificat d'études. Ses camarades la taquent et raillent sa naïveté.

Elle porte le poids de très lourdes tares héréditaires : un grand père, deux tantes, un oncle aliénés, la plupart atteints de *psychose maniaque dépressive*; la mère est une grande déséquilibrée, sujette à des crises de *dépression*.

Le 20 mai 1928, Mlle G... descendait en bicyclette une côte particulièrement rapide, lorsque le seul frein qui retenait sa machine se brisa; emportée à une vitesse exagérée elle ne tarda pas au bout de quelques mètres à tomber dans un fossé. Le choc fut minime, elle ne perdit pas connaissance, elle ne portait aucune égratignure, la bicyclette elle-même n'était nullement endommagée et Mlle G... put rentrer chez elle. Elle raconta son accident, puis se mit à table pour le repas du soir. Elle mangea peu et paraissait absente. Elle alla rapidement se coucher. Ses parents furent réveillés par ses cris; elle était très anxieuse, prétendait qu'on voulait l'étrangler, elle implorait du secours et pleurait à chaudes larmes. Ses parents la réconfortèrent de leur mieux, mais dans la matinée l'agitation s'accrut, elle voulait s'échapper de chez elle, se disait poursuivie et menacée, et l'anxiété ne fit qu'augmenter. Nous fûmes appelé le surlendemain matin par le médecin traitant qui avait administré sans succès des injections de morphine et du bromure. Nous la trouvâmes couchée, difficile à aborder, se refusant à tout examen physique, en proie à de fausses reconnaissances et à un onirisme très actif. Elle était désorientée, mais moins agitée.

Nous la revîmes trois jours après : elle était beaucoup moins confuse, beaucoup plus calme, nous reconnut facilement. Mais elle était encore inquiète et se plaignait « de voix qui se moquaient d'elle ».

Elle se laissa examiner avec facilité.

Le pouls battait à 90. La compression des globes oculaires ne modifiait pas le rythme de l'artère radiale, en revanche la recherche du réflexe solaire faisait tomber considérablement la tension artérielle.

Nous quittâmes la famille après avoir donné un pronostic favorable et promis une guérison très prochaine.

Mais dix jours après, le médecin traitant nous rappelait en nous disant que l'état mental de la malade s'était considérablement aggravé et qu'il était impossible de la garder plus longtemps chez elle.

Nous la trouvons accroupie dans un coin, refusant de se laisser approcher et refusant de nous répondre, le visage déformé par une moue grimaçante, regardant son entourage avec ironie et éclatant brusquement de rires impulsifs. Elle sort de sa torpeur pour se livrer à de graves violences, elle a brisé tous ses ustensiles de toilette et a essayé à plusieurs reprises de blesser sa mère avec des débris de porcelaine. Sans raison, elle a brusquement frappé son père d'un coup de poing dans le dos.

Nous la faisons rentrer immédiatement à l'asile. Pendant quelques jours, cinq exactement, elle reste couchée et inerte, refusant de parler, on est obligé de l'alimenter à la sonde. Puis elle demande à manger, à se laver et quinze jours exactement après son entrée, elle se livrait à des travaux de couture, restant

simplement un peu maniérée. Elle sortait peu de temps après sur l'instance de sa famille.

La guérison s'est maintenue parfaite depuis. Seule persiste encore une certaine sympathicotonie se manifestant par un réflexe solaire très marqué et un *R. O. C. inversé*.

C'est probablement à des cas à peu près semblables, mais où dominant surtout la dépression, les phénomènes délirants, l'hostilité (sans agitation cette fois) que pense M. A. Delmas, lorsqu'il signale l'intrication de la dépression constitutionnelle et de l'hyperémotivité qui simule la schizoïdie.

Nous nous demandons enfin à propos de la très intéressante communication faite à la Société Médico Psychologique en mai 1930 par M. Codet sous le titre « Les deux aspects de l'émotivité », si dans le groupe qu'il appelle « Emotifs à réactions retardées avec vagotonie » ne se rencontrent pas des cyclotyhmiques constitutionnels et héréditaires.

CONCLUSIONS

L'étude de l'hérédité cyclothymique nous a permis de constater que l'on rencontre cette hérédité dans les formes de psychoses les plus diverses, qu'habituellement elle imprime sa marque particulière à ces états mentaux pathologiques et paraît apporter une certaine influence dans leur évolution et leur pronostic.

Nous l'avons spécialement étudiée dans la psychose maniaque dépressive, dans la démence précoce, dans la psychasthénie et les états constitutionnels de déséquilibre émotif.

1° Dans la psychose maniaque dépressive, l'hérédité cyclothymique est extrêmement fréquente, il s'agit d'une forme d'hérédité similaire. Cette fréquence a déjà été signalée par de très nombreux auteurs. Nous avons contrôlé et confirmé cette opinion par des statistiques personnelles et nous sommes arrivé à une proportion approximative de 38 %. Nous avons remarqué que souvent une hérédité dite alcoolique relevait de la cyclothymie.

De toutes les maladies mentales la folie périodique est celle où l'on trouve le plus habituellement et avec le maximum de fréquence l'hérédité similaire. Il semble qu'à cette hérédité purement mentale doit s'adjoindre une hérédité biologique également similaire, hérédité endocrinienne et végétative.

2° L'hérédité cyclothymique n'est pas fréquente dans la démence précoce, elle s'y rencontre cependant. Les proportions habituelles, d'après les divers auteurs qui se sont occupés de cette question, oscillent autour de 8 à 10 %.

De nos recherches personnelles, situées sur un nombre assez important d'observations, nous nous croyons autorisé à retenir la conclusion suivante : il semble que l'hérédité cyclothymique constitue dans une certaine mesure, un élément favorable dans l'évolution de la schizophrénie et que la confirmation de son existence permet d'apporter quelque adoucissement dans le pronostic habituellement si sombre de cette psychose.

Cette conclusion, qui était le but principal de notre travail, est formulée par nous avec le maximum de prudence. Nos recherches, encore trop incomplètes, ont besoin d'être poursuivies pendant une période beaucoup plus longue. Elles doivent être obligatoirement suivies de l'étude morphologique, endocrinienne et neuro-végétative des ascendants de nos malades, étude qui nous permettrait de voir s'il existe dans ce domaine des formules semblables.

3° La notion de l'hérédité cyclothymique est d'une importance capitale dans la psychasthénie et dans les états de déséquilibre émotif.

Cette hérédité apporte de tels éléments de déformation dans le tableau clinique au point d'arriver à simuler fréquemment l'hébéphrénocatatonie ou certains états schizoïdes que, si on l'ignorait, on serait exposé à commettre d'importantes erreurs de diagnostic et de pronostic.

Nos résultats sont basés sur des données évidemment limitées; leur valeur demeure en rapport avec cette étendue.

Nous avons voulu surtout orienter notre travail dans un sens nouveau qui correspond à des tendances psychiatriques récentes et apporter une contribution modeste à l'étude si délicate des rapports de la cyclothymie et de la démence précoce. Nous espérons qu'ainsi nos recherches n'aurent pas été inutiles.

Vu : le Président de thèse,
H. CLAUDE.

Vu : le Doyen de la Faculté,
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- ABELY Paul. — Psychoses post-émotionnelles des jeunes gens simulant la démence précoce. *Annales Médico-psychologiques*, mars 1929.
- ABELY Paul, V. PASSEK et J. ROYER. — Recherches sur le fonctionnement de l'hypophyse au cours de la psychose maniaque dépressive (Extension de la réaction de Zondek). *Annales Médico-psychologiques*, T. II, n° 2, juillet 1931.
- ABELY Paul, V. PASSEK et COULÉON. — Nouvelles recherches sur le fonctionnement de l'hypophyse au cours de la psychose maniaque dépressive. Extension de la réaction de Zondek. *Annales Médico-Psychologiques*, T. I, n° 2, février 1932.
- ABELY Xavier et ABELY Paul. — Constitution syntône suivie pendant plusieurs générations. *Annales Médico-Psychologiques*, T. I, mai 1926.
- ABELY Xavier, ABELY Paul, V. PASSEK et COULÉON. — Recherches sur le fonctionnement de l'hypophyse dans la démence précoce. *Annales Médico-Psychologiques*, T. I, n° 2, février 1932.
- APERT. — Les Jumeaux (*Monde Médical*, 15 déc. 1919).
- BAILLARGER. — De la folie à double forme. *Annales Médico-Psychologiques*, 1880.

BALL. — De la folie gémellaire. *Encéphale*, 1884.

BARBE. — Difficultés du diagnostic différentiel entre la démence précoce et la psychose périodique. *Encéphale*, 1912, p. 437.

BAUME. — Singulier cas de suicide chez deux frères jumeaux; coïncidence bizarre. *Annales Médico-Psychologiques*, 1863, p. 312-313.

BERZE. — Die hereditären Beziehungen der dementia Praecox (Beitrag zur hereditaetslehre. Leipzig-Wien, Deuticke, 1910).

— Die Manisch-dépressive Familie, *Monatsch. f. Psych. Neur.* 1909, vol. XXVI, p. 270-288.

BOIDARD. — Sur la démence précoce. Considérations cliniques et pronostiques avec observations personnelles. Thèse de Paris, 1905.

BOURDELIQUE (Mlle). — Folie intermittente ou démence précoce. Société clinique de Médecine mentale, janvier 1920.

BOVEN. — Similarité et mendélisme dans l'hérédité de la démence précoce et de la folie maniaque dépressive. Thèse de Lausanne, 1915. (Bibliographie).

— Conditions du développement au sein des familles de la Schizophrénie et de la folie maniaque dépressive. *Archives suisses de Neurologie*, 1921.

CAPGRAS et ABELY Paul. — Psychoses atypiques : Folie intermittente ou démence précoce ? *Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale*, janvier 1922.

CHARPENTIER R. — De l'idée de dégénérescence à la doctrine des Constitutions. Conférence faite à la Société

de Médecine Mentale de Belgique le 19 décembre 1931. *Journal de Neurologie et de Psychiâtrie*, mars 1932.

CHASLIN. — Eléments de sémeïologie et clinique mentales. Paris, 1912.

H. CLAUDE, TINEL et SANTENOISE. — Société de Biologie, décembre 1922.

H. CLAUDE. — Démence précoce et schizophrénie. Congrès des médecins aliénistes et neurologistes. Genève, 1926. Comptes rendus, p. 110 et 111.

H. CLAUDE et LÉVY-VALENSI. — Psychose périodique et démence précoce. *Encéphale*, XXVI^e année, n° 5, mai 1931. (Bibliographie).

H. CODET. — Deux aspects de l'émotivité. *Annales Médico-Psychologiques*, n° 5, mai 1930.

COURBON. — Démence précoce et psychose maniaque dépressive. *Encéphale*, mai 1913, p. 434.

DAVENPORT. — Inheritance of temperament. Washington, 1915.

DEJERINE. — L'hérédité dans les maladies du système nerveux, Paris, 1886.

DELMAS. — La démence hébéphréno-catatonique. In *La Pratique Psychiatrique*. M. Laignel-Lavastine, André Barbé et Delmas, 2^e édit., 1929.

DEMAY G. — Des psychoses familiales. Thèse de Paris, 1913 (Bibliographie).

DENY. — La démence précoce, In *Traité de Pathologie Médicale et de Thérapeutique appliquée*, publié sous la direction de E. Sergent, Ribadeau-Dumas, Babonneix, VIII, Psychiatrie, T. II, ch. IV.

DERON. — Le syndrome maniaque.

DIDE et GUIRAUD. — Psychiatrie du médecin praticien, 2^e édition, 1929.

DITTMAN. — Ueber regulatorische und über cyclische geistesstörungen. Bonn, 1877.

DOUTREBENTE. — Etude généalogique sur les aliénés héréditaires. *Annales Méd. Psych.*, 1869, II.

FALRET. — Mémoire sur la folie circulaire. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1853-1854, p. 397.

FÉRÉ. — La Famille névropathique, 2^e édition, Paris, 1898.

FOVILLE (Ach.). — Folie à double forme. *Nouveau Dictionnaire*, T. XV, p. 322.

GEOFFROY. — De la folie à double forme. Thèse de Paris, 1861.

HALBERSTADT. — Syndrômes anormaux au cours de la psychose maniaque dépressive. *Ann. Méd. Psych.*, février 1930 (Bibliographie).

HASSE. — Heredity in twins (*All. Zeit. f. Psych.*, 1877, XLIV).

HUTTER (de Dennennoord). — Die Erhlichkeit der Schizophrenie.

JOLLY. — Die Heredität der Psychosen (*Arch. f. Psych.* vol. LII), 1913.

KAHN Eugen. — Konstitution, Erbbiologie und Psychiatrie. *Zschr. f. Neurol.* 57, 1920.

KAHN Pierre. — La Cyclothymie. Thèse de Paris, 1909 (Bibliographie).

KIRN LUDWIG. — Die periodischen Psychosen, Stüttgart, 1878, p. 28 et 58.

KRAEPLIN. — Psychiatrie, T. III, 2.

KRAFT-EBING. — Lehrbüch der Psychiatrie, T. II, p. 183 et T. II, p. 132-149.

KRETSCHMER. — Koperbau und Character.

— Manuel théorique et pratique de Psychologie médicale traduit par le D^r S. Jankélévitch. Ed. Payot, Paris.

LEROY et MONTASSUT. — Psychose intermittente atypique simulant la démence précoce. Société M. P., nov. 1925.

LEROY et MÉDACOVITCH. — Difficulté du diagnostic dans la démence précoce. Société M. P., avril 1932.

MARIE (A.) et BAGENOFF. — Traité de Psych. path. T. III, p. 714.

MASSELON. — La démence précoce. Médecine pratique publiée sous la direction du D^r Hutinel, Paris, 1904.

MINKOWOSKA F. et E. MINKOWSKI. — Famille B. et famille F. : Contribution à l'étude de l'hérédité des maladies mentales. *Annales Médic. Psych.*, 66, 1920.

MINKOWSKA (Mme F.). — Le problème de la constitution examiné à la lumière des recherches généalogiques. Evolution psychiatrique.

MINKOWSKI (E.). — La Schizophrénie. Psychopathologie des Schizoïdes et des Schizophrènes.

MOREAU et LEGRAND DU SAULE. — La folie héréditaire, 1873.

MOREL. — Traité des maladies mentales, Paris, 1859.

MOTT. — On the hereditary of nervous and mental Diseases. *Lancet*, 8 oct. 1910.

— Hereditary and Eugenics in relation to Insanity. London, 1912.

— Study of nevropathic in heritance (*Ann. J. of. Insan.* avril 1914).

OBERHOLZER. — Erbgang und regeneration in einer Epileptiker familie (*Zeitsch. f. d. ges. N. u. p.*), 1913, vol. XVI,

PASCAL (Mlle). — Les grands syndromes psychiatriques (Les démences). In *Nouveau Traité de Médecine*, fasc. XVIII.

— La démence précoce. Etude psychologique médicale et médico-légale, Paris; 1911.

POYER (Georges). — Les problèmes généraux de l'hérédité psychologique, 1921, Alcan, édit.

RÉGIS. — Précis de Psychiatrie, 4^e édition, 1909.

REHM. — Die Ergebnisse der Untersuchung von kindern M. D. Kr. 1909.

RIBOT. — L'hérédité psychologique, Paris, 1873.

RITTI. — Traité clinique de la folie à double forme, Paris, 1883.

ROGUES DE FURSAC. — Manuel de Psychiatrie, 3^e édition, 1909.

RUDIN. — Einige Wege und Ziele der Familienforschung mit Rücksicht auf die Psychiatrie (*Zeit. f. d. ges. Neur. u. psych.* 1911).

RUSH. — Medical Inquiries and observations upon the diseases of the Mind. Filadelfia, 1812. Cité par Marro Della pazzie gemellare. Annali di Freniatr. 1894.

SAUSSURE (R. de). — Diagnostic différentiel entre la F. M. D. et la catatonie. *Encéphale*, février 1924.

SÉGLAS et COLIN. — A propos du diagnostic de la démence précoce et de la folie maniaque dépressive. Présentation à la Société de Psychiatrie, 18 nov. 1909. In *Encéphale*, n° 12, déc. 1909.

SOUKHANOFF. — Sur la folie gémellaire. *Ann. Méd. Psych.*, 1900, T. II, p. 214.

THORNDIKE. — The resemblance of young twins in Handwriting. *Amer. Nat.*, XLIX.

— Measurements of Twins. *Arch. of Phil. a. Sc. Meth.*, 1905, n° 1.

— Educational Psychology. New-York, 1918.

TRENEL. — Maladies mentales familiales (Soc. Méd. psych., nov. 1899).

— Folie intermittente simulant la démence précoce. Soc. Méd. Psych., 1912.

TRUELLE. — Folie intermittente simulant la démence précoce. Société clinique de Médecine mentale, mars 1920.

UDINE.. — Journ. Nevrop. et psych. 1906, n° 2, cité par Halberstadt, *Encéphale*, 1907, II, p. 160.

— De la ressemblance des psychoses chez des frères et des sœurs. *Psych. (russe) contemp.*, oct. et déc. 1907.

WIMMER. — Le mendélisme et l'hérédité dans les maladies mentales, analysé in *Ann. Méd. psych.*, janvier 1920.

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS	15
INTRODUCTION	21
CHAPITRE PREMIER	
Hérédité similaire	23
L'hérédité cyclothymique et les jumeaux....	57
CHAPITRE II.	
Hérédité d'apparence dissemblable. Rapports de l'Hérédité cyclothymique et de la Dé- mence précoce	63
CHAPITRE III.	
Rapports de l'Hérédité cyclothymique avec les Syndrômes psychasthéniques et Hyper- émotifs	117
1° Hérédité cyclothymique et Syndrômes psychasthéniques	117
2° Hérédité cyclothymique et hyperémo- tivité	122
CONCLUSIONS	129
BIBLIOGRAPHIE	133

Imp. spéciale de la Librairie Le François, 91, bd St-Germain, Paris



